MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DE SUMAPAZ"

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO **No.518-DISANEJC-DMSOC-2026** **CELEBRADO ENTRE EL** MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL – DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ" Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ IDENTIFICADO CON NIT:891.800.395-1 REPRESENTADA LEGALMENTE POR **ANA MARITZA DAVILA BARÓN** IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N°. 33.367.116 EXPEDIDA EN TUNJA

CONTRATO No.	518- DISANEJC-DMSOC-2026
TIPO DE CONTRATO	PRESTACION DE SERVICIOS
OBJETO	LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ÁREA DE INFLUENCIA A LA REGIONAL N° 09".
VALOR	DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 200.000.000,00)
CONTRATANTE	DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HÈROES DEL SUMAPAZ"
NIT	901.540.992-6
CONTRATISTA	E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ IDENTIFICADO CON NIT: 891.800.395-1
REPRESENTANTE LEGAL	**ANA MARITZA DAVILA BARÓN** CÉDULA DE CIUDADANÍA N°. 33.367.116 EXPEDIDA EN TUNJA
DIRECCIÓN	Dirección: Calle 4 N° 9 -101
TELÉFONO	3102089294-
CORREO ELECTRÓNICO	gerencia@hrm.gov.co
CIUDAD	MONIQUIRÁ- BOYACÁ
INFORMACIÓN BANCARIA	CUENTA CORRIENTE N°. 0560176769999085 BANCO DAVIVIENDA
PLAZO DE EJECUCIÓN	Desde el cumplimiento de los requisitos de ejecución del contrato y firma del acta de inicios y hasta el 15 de diciembre de 2026, o hasta el agotamiento de los recursos asignados, lo que ocurra primero.
LUGAR DE SUSCRIPCIÓN	BOGOTÁ D.C
LUGAR DE EJECUCIÓN	Los servicios objeto de este proceso de contratación serán entregados a solicitud del supervisor o funcionario encargado, Municipio de MONIQUIRÁ, Departamento de BOYACÁ en las instalaciones del ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ

Entre los suscritos a saber: **Mayor EMMANUHELA RESTREPO CELIS**, identificada con la cédula de ciudadanía número 36.307.473 de Tarqui (Huila), nombrada como **SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"**, de acuerdo a orden semanal N°. **001** de fecha **03 DE ENERO DE 2026** del **DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE Y ACTA DE POSESIÓN DEL 2026342000121266 DE FECHA 06 DE ENERO DE 2026 EMITIDA POR EL**

DIRECTOR DEL DMSOC, en calidad de Competente Contractual debidamente facultado de acuerdo a la Resolución de Delegación del Ministerio de la Defensa Nacional N° 4213 del 13 de octubre de 2023 la cual modifica la Resolución N° 4223 del 23 de Junio 2022 *"Por la cual se delegan unas funciones y competencias relacionadas con la contratación de bienes y servicios con destino al Ministerio de Defensa Nacional, a las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones"* expedidas por el Ministerio de Defensa Nacional y demás normas que las modifiquen o adicionen, actuando en nombre y representación del **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO-DISPENSARIO MÉDICO DE SUROCCIDENTE "HÉROES DEL SUMAPAZ"** con NIT. 901.540.992-6, quien en adelante se denominará **EL CONTRATANTE**, por una parte y por la otra la **E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ** identificada con NIT 891.800.395-1 representada legalmente por **ANA MARITZA DAVILA BARÓN** identificada con cedula de ciudadanía **33.367.116** expedida en Tunja **dirección de correspondencia:** Calle 4 N° 9-101 Moniquirá -Boyacá, teléfono: 3102089294**,** email: **gerencia@hrm.gov.co ,** hemos convenido celebrar el presente **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**, previo las siguientes consideraciones:

Que el Dispensario Médico Suroccidente "Héroes del Sumapaz " requiere contratar LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ÁREA DE INFLUENCIA A LA REGIONAL N° 09". en virtud de la necesidad planteada por el Gerente de Proyecto. El valor estimado del futuro contrato será hasta por valor de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 200.000.000,00)**, amparados en el Certificado de Disponibilidad presupuestal, amparados en el certificado de disponibilidad presupuestal No. 12826 de fecha 18 de febrero 2026, bajo el rubro presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) RECURSO 16 SSF expedido por el responsable del área presupuestal del Dispensario Médico Suroccidente "Héroes de Sumapaz.

RUBROS QUE LA COMPONEN

ARTICULO PRESUPUESTAL (SIIF NACIÓN)	RECURSO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	UNIDAD BENEFICIADA	VALOR A CONTRATAR VIGENCIA 2026
A-02-02-02-009-003	16	SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE - REG09	$200.000.000,00

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No. 12826 FECHA 18 FEBRERO 2026



SIIF Nación — Reporte Certificado de Disponibilidad Presupuestal Comprobante

Usuario Solicitante: MHsanchez — LUIS ANDERSON SANCHEZ AVILA
Unidad ó Subunidad Ejecutora Solicitante: 15-01-11-091 — DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE
Fecha y Hora Sistema: 2026-02-24-2:56 p. m.

CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

El suscrito Jefe de Presupuesto CERTIFICA que existe apropiación presupuestal disponible y libre de afectación en los siguientes "Ítems de afectación de gastos"

Numero:	12826	Fecha Registro:	2026-02-18	Unidad / Subunidad ejecutora:	15-01-11-091 DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE				
Vigencia Presupuestal	Actual	Estado:	Generado		Tipo:	Gasto		Uso Caja Menor	Ninguno
Valor Inicial:	200.000.000,00	Valor Total Operaciones:	0,00		Valor Actual.:	200.000.000,00	Saldo x Comprometer:	200.000.000,00	Vr. Bloqueado 0,00

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				AUTORIZACION DE ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS			
Numero:	12826	Fecha Registro:	2026-02-18	Numero:		Modalidad de contratacion:	Tipo de contrato:

ITEM PARA AFECTACION DE GASTO

DEPENDENCIA	POSICION CATALOGO DE GASTO	FUENTE	RECURSOR ECURSO	SITUAC.	FECHA OPERACION	VALOR INICIAL	VALOR OPERACION	VALOR ACTUAL	SALDO X COMPROMETER	VALOR BLOQUEADO
15-01-11-091 DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE	A-02-02-02-009-003 SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	Nación	16	SSF						
					Total:	200.000.000,00	0,00	200.000.000,00	200.000.000,00	0,00

Objeto:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN LA PROVINCIA DE RICAURTE MONIQ

SV. SANCHEZ AVILA LUIS ANDERSON
JEFE DE PRESUPUESTO

Que se llevó a cabo la evaluación de la oferta y verificación de los requisitos exigidos en el proceso de contratación de acuerdo a lo solicitado por la Entidad.

El Gerente de Proyecto, recomienda al Comité de Adquisiciones de DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HÈROES DEL SUMAPAZ", que a su vez recomiende la Ordenador del Gasto, ADJUDICAR el proceso de CONTRATACION DIRECTA No.389- DISANEJC-DMSOC-2026 cuyo objeto es LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ÁREA DE INFLUENCIA A LA REGIONAL N° 09".hasta por un valor de **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 200 .000.000,00)**, amparados en el Certificado de Disponibilidad presupuestal, No. **12826** fecha 18 febrero 2026, bajo el rubro presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) RECURSO 16 SSF expedido por el responsable del área presupuestal del Dispensario Médico Sur Occidente "Héroes de Sumapaz a la **E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ** identificada con NIT : 891.800.395-1 representada legalmente por **ANA MARITZA DAVILA BARÓN** IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA **NÚMERO** 33.367.116 **EXPEDIDA EN TUNJA, dirección de correspondencia:** Calle 4 N° 9-101 Moniquirá -Boyacá, teléfono: 3102089294**,** email: **gerencia@hrm.gov.co** **VALOR TOTAL DE LA OFERTA**

Que tras haber sido cumplidos todos los trámites y requisitos legales que exige la contratación administrativa, es procedente la celebración del presente CONTRATO INTERADMINISTRATIVO que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA. -OBJETO LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN EL MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ÁREA DE INFLUENCIA A LA REGIONAL N° 09"

CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR DEL CONTRATO – EL VALOR DEL CONTRATO ES POR LA SUMA DE **DOSCIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE ($ 200 .000.000,00)**, amparados en el Certificado de Disponibilidad presupuestal, No. **12826** de fecha 18 de febrero 2026, bajo el rubro presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) RECURSO 16 SSF expedido por el responsable del área presupuestal del Dispensario Médico Sur Occidente "Héroes de Sumapaz

CLÁUSULA TERCERA. - FORMA DE PAGO: El MDN - EJÉRCITO NACIONAL - DIRECCIÓN DE SANIDAD-DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE "HEROES DE SUMAPAZ", se obliga a pagar el 100% del valor de los contratos, de la siguiente forma:

El contratante se obliga a pagar al contratista el valor del contrato de forma parcial, previa facturación y suscripción de las actas de recibo a satisfacción con el visto bueno del Supervisor del contrato, de acuerdo a las facturas, las cuales se cancelarán dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la presentación de la factura comercial los diez (10) primeros días de cada mes en la ciudad de BOGOTÁ en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO, el cual debe adjuntar los siguientes documentos soporte: Nota: El contratante se obliga a cumplir con la Circular Externa 020 del 12 de abril del 2021 Emitida por Ministerio de Hacienda, con las Resoluciones 000042 del 05 de mayo de 2020 y 506 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y 012 DE 2021 de la DIAN.

- Factura (s) en original y dos (2) copias con la firma del representante legal, con los soportes requeridos, donde se relaciona uno a uno los servicios prestados de la misma forma deberán presentarse como soporte legal para el pago de la facturación
- Autorización de servicios expedido por la oficina de referencia y contra referencia del E.S.M., con las respectivas firmas y sellos si se requieren. (SI las Autorizaciones son generadas por SALUD.SIS, NO requiere firma y sello)
- Copia de identificación del usuario.
- Copia del examen de laboratorio realizado, examen, o histórica clínica según el caso.
- Los soportes necesarios según la resolución 3047 de 2008.
- Copia de la planilla de aportes a la seguridad social del mes.
- Certificación del contador de la IPS donde indique que están a Paz y salvo con los aportes a la Seguridad Social.
- Copia de la tarjeta profesional del contador
- Pago de seguridad social y parafiscales

Una vez radicado la facturación en las oficinas de la FIRMA AUDITORA designada por la DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO. Esta (firma auditora) Radicara en el DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE facturación debidamente auditada teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 y dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen. Respuesta y/o conciliación de glosas con el Prestador y notificación de estas al DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE, para continuar con el respectivo proceso de pago, dentro de los tiempos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y/o demás normas que modifiquen o adicionen.

a. Recepción a satisfacción del servicio, certificación que debe ser expedida por parte del DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE. Este requisito debe ser plasmado en un informe debidamente suscrito por el supervisor del Contrato.
b. Situación de recursos por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público Dirección del Tesoro Nacional (Asignación cupo PAC).
c. Que se ejecuten los demás trámites administrativos correspondientes.
d. El contratista del pago de aportes parafiscales y los propios del SENA, ICBF y cajas de compensación familiar.

En el evento de prórroga en la entrega del objeto del contrato, por causa imputable al contratista, el pago se postergará en el mismo lapso de la prórroga.

NOTA1: EN EL EVENTO DE AMPLIACIÓN DEL PLAZO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO, SE POSTERGARÁ EL PAGO EN EL MISMO TERMINO, CONSIDERANDOEL RECIBO A SATISFACCIÓN.
NOTA 2: EL DISPENSARIO MEDICO DE SUR OCCIDENTE, no se responsabilizará por la demora en el pago al CONTRATISTA, cuando ello fuere provocado por encontrarse incompleta la documentación que sirva de soporte para el trámite y no se ajuste a los requisitos establecidos en el artículo 617 del Estatuto Tributario. Para los pagos, el contratista deberá presentar factura comercial, de conformidad con el artículo 617 del Estatuto Tributario, así:

- Denominación expresa como factura de venta
- Apellidos, nombre o razón social y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
- Apellidos, nombre o razón social y NIT del adquiriente de los bienes o servicios.
- Número consecutivo de factura de venta
- Fecha de expedición de la factura

- Descripción genérica o específica de los artículos vendidos o servicios prestados.
- Valor total de la operación
- Nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura
- Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre las ventas 10. Facturación electrónica
- Los pagos se harán a la CUENTA CORRIENTE NO. 596071225 del BANCO DE BOGOTÁ a nombre del HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ, identificado con NIT: 891.800.395-1

RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN

Allegar resolución vigente de facturación expedida por la DIAN

La Resolución 2284 ratifica la circular 021 del 23 de diciembre de 2023, el cual aclara que la entrada en vigor de dicha norma el 01 de febrero 2025, de la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales-DIAN, establece que el 01 de junio es la fecha máxima a los obligados a facturar para migrar a Factura electrónica aquellas transacciones POS que superen las 5 UVT, de acuerdo con la calidad de contribuyente en relación al impuesto de renta y complementarios.

Esta resolución es necesaria para establecer el calendario que aplicará el límite de las cinco (5) UVT para la expedición de cada tiquete de máquina registradora con sistema P.O.S como monto máximo por la venta de bienes y/o prestación de servicios, sin incluir el importe de ningún impuesto.

Los sujetos que no sean grandes contribuyentes, declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios o declarante de ingresos y patrimonio, y los no declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, deberán implementar las cinco (5) UVT para la expedición de documentos equivalentes generados por máquina registradora con sistema POS.

CLÁUSULA CUARTA. -SUBORDINACIÓN DE LOS PAGOS A LAS APROPIACIONES PRESUPUÉSTALES: El MDN – EJÉRCITO NACIONAL – DISPENSARIO MÉDICO SUROCIDENTE "HEROES DEL SUMAPAZ, se subordinan al de Disponibilidad presupuestal CDP Certificado de disponibilidad presupuestal No. No. **12826** de fecha 18 de febrero 2026, bajo el rubro presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) RECURSO 16 SSF expedido por el responsable del área presupuestal del Dispensario Médico Suroccidente "Héroes de Sumapaz" **PARÁGRAFO: MODIFICACION DE LA APROPIACION PRESUPUESTAL**: En caso de presentarse modificaciones en la apropiación o disponibilidad presupuestal que afecten la ejecución del contrato, las partes evaluaran conjuntamente los ajustes a que haya lugar, los cueles deberán formalizarse mediante el respectivo otrosí, garantizando el equilibrio económico del contrato y el cumplimiento de los principios de transparencia, planeación y responsabilidad. En ningún caso dichas modificaciones podrán realizarse de manera unilateral cuando impliquen afectaciones de las condiciones económicas o de ejecución del contrato.

CLÁUSULA QUINTA. - VIGENCIA: Será lo correspondiente al plazo de ejecución a partir del acta de inicio hasta el 15 de diciembre de 2026 y por cuatro (04) meses más correspondientes al término de liquidación del contrato.

CLÁUSULA SEXTA. DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL OBJETO CONTRACTUAL y ESPECIFICACIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO Y ADICIONALES: El objeto del presente contrato deberá ejecutarse de acuerdo con las especificaciones técnicas consignadas en la solicitud de oferta de LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE I Y II NIVEL DE COMPLEJIDAD, EXÁMENES DE DIAGNOSTICO Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES UBICADOS EN EL

MUNICIPIO DE MONIQUIRA DEPARTAMENTO DE BOYACÁ Y SU ÁREA DE INFLUENCIA A LA REGIONAL N° 09 de este contrato y la oferta del CONTRATISTA que hacen parte integral del presente contrato

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

ITEM	SERVICIOS	TARIFA
1	TARIFAS PARA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS Y SUS CUPS (RESOLUCION 2336 DE 2023)	SOAT VIEGENTE 2026-10%
2	TARIFAS DE MATERIALES E INSUMOS	TARIFA INSTITUCIONAL VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
3	TARIFA MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS	TARIFA INSTITUCIONAL VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
4	TARIFA DE INTERMEDIACION PARA EL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS	TARIFA INSTITUCIONAL VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
5	TRANSPORTE DE PACIENTES EN AMBULANCIA BASICO Y MEDICALIZADA	TARIFA INSTITUCIONAL VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
6	GLUCOMETRIAS	TARIFA INSTITUCIONAL VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO
7	SUB ESPECIALIDADES Y ESPECIALIDADES MEDICAS DE BAJA OFERTA	TARIFA INSTITUCIONAL VIGENTE EN EL MOMENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La propuesta económica es tarifa **SOAT VIGENTE MENOS EL 10 %,** y los servicios que no están incluidos en este manual tarifario se contrataran según Resolución vigente y sus modificatorios. Mediante el cual se adopta el listado y tarifas de medicamentos, insumos médico-quirúrgicos, dispositivos médicos y oxígeno medicinal para el Hospital Regional de MONIQUIRÁ E.S.E." se establece el referente de tarifas y descuentos aplicables para los servicios asistenciales de salud prestados por la ESE Hospital Regional MONIQUIRÁ (Y SUS ANEXOS).

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1	180101	DRENAJE DE COLECCION DE PABELLON AURICULAR SOD	$ 1.142.378,71	1.142.378,71
2	180201	DRENAJE DE COLECCION DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	$ 95.158,07	95.158,07
3	180301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, CON INCISION	$ 671.004,96	671.004,96
4	181101	BIOPSIA DE AURICULA (PABELLON AURICULAR)	$ 671.004,96	671.004,96
5	181102	BIOPSIA DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	$ 671.004,96	671.004,96
6	181103	BIOPSIA DE OIDO EXTERNO	$ 671.004,96	671.004,96
7	182101	RESECCION DE FISTULA O QUISTE PREAURICULAR SOD	$ 2.037.346,43	2.037.346,43
8	182201	RESECCION DE APENDICE PREAURICULAR SOD	$ 670.603,45	670.603,45
9	182301	RESECCION DE QUISTE DE PABELLON AURICULAR SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
10	184101	SUTURA DE LACERACION DE PABELLON AURICULAR SOD	$ 911.289,58	911.289,58
11	185101	OTOPLASTIA SIN REDUCCION DE TAMAÑO	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
12	211202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL	$ 95.878,06	95.878,06
13	211301	DRENAJE DE LESION (COLECCION) EN PIRAMIDE NASAL	$ 677.916,61	677.916,61
14	218101	SUTURA DE LACERACION DE NARIZ	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
15	218403	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VIA TRANSNASAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
16	218404	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL PRIMARIA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
17	218405	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL SECUNDARIA VIA TRANSNASAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
18	218406	SEPTORRINOPLASTIA FUNCIONAL SECUNDARIA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
19	218408	REVISION DE RINOPLASTIA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
20	218604	RINOPLASTIA LIMITADA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
21	227102	CIERRE DE FISTULA DE SENO MAXILAR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
22	255007	DRENAJE DE COLECCION EN LENGUA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
23	255101	SUTURA DE LACERACION DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
24	260201	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
25	260202	EXPLORACION DE GLANDULA SALIVAL VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
26	260203	CATETERIZACION Y SIALOMETRIA	$ 911.289,58	911.289,58
27	260301	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL VÍA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
28	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLÁNDULAS SALIVALES MENORES	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
29	270101	INCISION Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
30	270102	INCISION Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
31	272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR	$ 677.916,61	677.916,61
32	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO	$ 573.575,79	573.575,79
33	272302	BIOPSIA ESCISIONAL DE LABIO	$ 573.575,79	573.575,79
34	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
35	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
36	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO CON ROTACION DE COLGAJO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
37	274301	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 911.289,58	911.289,58
38	274302	RESECCION DE LESION BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
39	274304	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
40	275101	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTIMETROS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
41	275102	SUTURA O REPARACION DE LACERACION (HERIDA) EN LABIOS DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
42	275103	SUTURA O PLASTIA EN AVULSION DE LABIOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
43	275104	SUTURA DE LACERACION EN LABIOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
44	275304	CIERRE DE FISTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
45	276102	SUTURA DE LACERACION DE PALADAR	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
46	276201	CORRECCION DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
47	276204	RECONSTRUCCION DE BOVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
48	276205	CORRECCION DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
49	276209	CORRECCION DE PALADAR FISURADO	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
50	276301	REVISION DE REPARACION DEL PALADAR FISURADO	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
51	295101	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
52	295601	FARINGOPLASTIA POR IMPLANTE FARINGEO	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
53	295602	FARINGOPLASTIA POR COLGAJO FARINGEO DE BASE SUPERIOR O INFERIOR	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
54	295603	FARINGOPLASTIA POR ENTRECRUZAMIENTO DE PILARES	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
55	295604	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO POSTERIOR Y DESPLAZAMIENTO DE PILARES [TECNICA HOGAN]	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
56	295605	FARINGOPLASTIA LATERAL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
57	295606	ESFINTEROPLASTIA DE EXPANSION	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
58	295607	ZPLASTIA FARINGEA LATERAL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
59	295608	FARINGOPLASTIA DE TRACCION CON SUTURAS	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
60	340903	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA ANTERIOR CON COLGAJO MUSCULAR O DE EPIPLÓN	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
61	380403	TROMBOLISIS EN VASOS TORACICOS	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
62	380602	TROMBOLISIS ARTERIAL ABDOMINAL VIA ENDOVASCULAR +	$ 872.062,21	872.062,21
63	380903	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA SUPERFICIAL EN MIEMBROS INFERIORES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
64	381301	ENDARTERECTOMIA DE SUBCLAVIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
65	381302	ENDARTERECTOMIA AXILAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
66	381401	ENDARTERECTOMIA DE AORTA SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
67	381502	ENDARTERECTOMIA DE VASOS TORACICOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
68	381601	ENDARTERECTOMIA RENAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
69	381602	ENDARTERECTOMIA CELIACA O MESENTERICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
70	381603	ENDARTERECTOMIA AORTOILIACA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
71	383301	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA DE SUBCLAVIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
72	383302	RESECCION CON ANASTOMOSIS PRIMARIA AXILAR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
73	383303	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL EN BRAZO O ANTEBRAZO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
74	383405	RECONSTRUCION AORTICA TORACO-ABDOMINAL (METODOS CLASICO. DE KOUCHOUKOSY DE LA TROMPA DE ELEFANTE)	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
75	383406	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
76	383407	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA ASCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
77	383408	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
78	383409	RECONSTRUCCION DEL CAYADO AORTICO VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
79	383410	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
80	383411	RECONSTRUCION DE AORTA TORACICA DESCENDENTE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
81	383414	REVASCULARIZACION DE VASOS DE CUELLO VIA ABIERTA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
82	383601	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
83	384401	RESECCION CON SUSTITUCION DE AORTA ABDOMINAL SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
84	384601	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
85	384701	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS ABDOMINALES SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
86	384803	RESECCION CON SUSTITUCION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
87	384901	TRANSPOSICION VENOSA CON SEGMENTO VALVULADO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
88	384902	RESECCION CON SUSTITUCION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
89	385202	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
90	385203	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
91	385204	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA EN ZONA II DEL CUELLO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
92	385205	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
93	385206	EMBOLIZACION DE TUMORES VIA PERCUTANEA	$ 958.083,64	958.083,64
94	385207	EMBOLIZACION DE TUMORES VIA ENDOVASCULAR	$ 958.083,64	958.083,64
95	385208	EMBOLIZACION DE EPISTAXIS VIA ENDOVASCULAR	$ 958.069,88	958.069,88
96	385602	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
97	385620	OCLUSION DE ARTERIAS ABDOMINALES. VIA ENDOVASCULAR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
98	385720	OCLUSION DE VENAS INTRAABDOMINALES. VIA ENDOVASCULAR	$ 958.083,64	958.083,64
99	386402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO). VIA ENDOVASCULAR [PERCUTANEA]	$ 780.465,31	780.465,31
100	393203	SUTURA DE VENAS ZONA I Y III DE CUELLO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
101	393210	SUTURA DE VASOS DE CUERO CABELLUDO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
102	395060	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON	$ 1.758.361,76	1.758.361,76
103	395102	PLASTIA POR ESTENOSIS DE VENAS SISTEMICAS VIA ABIERTA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
104	395205	REPARACION DE ANEURISMA POR OCLUSION VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
105	395211	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VIA ABIERTA	$ 958.083,64	958.083,64
106	395212	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
107	395213	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
108	395214	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
109	395215	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
110	395216	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
111	395217	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
112	395218	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
113	395219	REPARO DE VASOS DE PEQUEÑO CALIBRE VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
114	397502	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
115	397503	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR TORACOSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
116	398002	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) CON ESCISION DE LA CAROTIDA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
117	405101	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
118	405102	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO AXILAR VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
119	563101	URETEROSCOPIA ANTERÓGRADA DIAGNÓSTICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
120	619202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISION	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
121	629301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTICULO SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
122	635201	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
123	670101	DILATACIÓN Y CURETAJE DEL MUÑÓN CERVICAL	$ 677.916,61	677.916,61
124	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
125	766701	GENIOPLASTIA CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
126	768110	INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
127	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
128	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMIA EN METACARPIANOS (UNO O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
129	770801	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
130	770802	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
131	770901	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)	$ 911.289,58	911.289,58
132	770902	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	$ 911.289,58	911.289,58
133	772403	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION INTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
134	772404	OSTEOTOMIA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACION EXTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
135	772405	OSTEOTOMIA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACION INTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
136	772406	OSTEOTOMIA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACION EXTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
137	772804	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACION INTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
138	772805	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACION EXTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
139	772806	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACION INTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
140	772807	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACION EXTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
141	772808	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL TARSO SIN FIJACION	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
142	772809	OSTEOTOMIA DE HUESO DEL METATARSO SIN FIJACION	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
143	772903	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION INTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
144	772904	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE MANO (UNO O MAS HUESOS) CON FIJACION EXTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
145	772905	OSTEOTOMIA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACION INTERNA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
146	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
147	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
148	786801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
149	786802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
150	786901	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
151	786902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE MANO, VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
152	786910	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
153	786911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MAS) DE PIE, VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
154	790401	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
155	790402	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
156	790801	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
157	790901	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
158	793405	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
159	793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
160	793901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
161	796701	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
162	808075	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALANGICA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
163	808077	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE FALANGES DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
164	819408	RECONSTRUCCIÓN DE TENDONES TIBIALES VÍA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
165	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
166	824202	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACION	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
167	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
168	824211	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACION	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
169	824213	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) CON NEURORRAFIA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
170	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS) SIN NEURORRAFIA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
171	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
172	824321	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
173	824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
174	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
175	827103	INJERTO DE TENDON DE FLEXOR DE DOS O MAS DEDOS CON RECONSTRUCCION DE POLEAS	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
176	827902	INJERTO DE TENDON FLEXOR DE MANO O DEDOS (UNO O MAS)	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
177	827910	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)	$ 3.875.743,54	3.875.743,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
178	828304	CORRECCION DE SINDACTILIA COMPLEJA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
179	828310	CORRECCION QUIRURGICA DE LA MACRODACTILIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
180	828320	CORRECCION SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
181	828330	CORRECCION DE CAMPTODACTILIA CON OSTEOTOMIA (UNO O MAS DEDOS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
182	828350	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON RECONSTRUCCION	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
183	828351	CORRECCION DE POLIDACTILIA CON ESCISION SIMPLE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
184	828355	CORRECCION DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CUBITO [DEFORMIDAD DE MADELUNG]	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
185	828401	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN BOTONERA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
186	828402	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
187	828403	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN MARTILLO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
188	828404	CORRECCION QUIRURGICA DE DEDO EN GATILLO [DEDO DE RESORTE]	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
189	829101	LIBERACION DE ADHESIONES DE FASCIA, MUSCULO Y TENDON DE MANO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
190	829115	TENOLISIS EN FLEXORES DE DEDOS (UNO O MAS)	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
191	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
192	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MAS)	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
193	829910	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
194	829911	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN REGION TENAR O TUNEL CARPIANO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
195	829912	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
196	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
197	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MUSCULOS, TENDON, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VIA PERCUTANEA	$ 677.916,61	677.916,61
198	833002	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FASCIA, MUSCULO, TENDON O SINOVIAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
199	833101	ESCISION DE GANGLION DE ENVOLTURA DE TENDON, EXCEPTO DE MANO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
200	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
201	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
202	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
203	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
204	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRURGICOS DE MUSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
205	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
206	836202	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE ANTEBRAZO (UNO O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
207	839901	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
208	839902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MUSCULOS, TENDON, SINOVIAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
209	839903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
210	839906	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
211	839907	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
212	839908	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
213	839909	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MUSCULO, TENDON, SINOVIAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
214	840001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
215	843101	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE HOMBRO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
216	843201	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE ANTEBRAZO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
217	843301	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE BRAZO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
218	843501	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE DEDOS DE MANO (UNO O MAS) SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
219	843601	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MUSLO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
220	843701	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE LA PIERNA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
221	843801	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DEL PIE O ARTEJOS SOD	$ 677.916,61	677.916,61
222	843901	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE CADERA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
223	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	$ 573.575,79	573.575,79
224	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO O MUCOSA (CON SUTURA)	$ 573.575,79	573.575,79
225	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)	$ 573.575,79	573.575,79
226	861102	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	$ 911.289,58	911.289,58
227	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 911.289,58	911.289,58
228	861201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA GENERAL POR INCISION	$ 677.916,61	677.916,61
229	861202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL POR INCISION	$ 677.916,61	677.916,61
230	861401	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	$ 248.008,56	248.008,56
231	861402	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	$ 248.008,56	248.008,56
232	861403	INFILTRACION INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MAS DE DIEZ LESIONES	$ 248.008,56	248.008,56
233	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
234	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
235	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
236	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
237	862104	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
238	862310	ESCISIÓN DE ÚLCERA SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES CON RESECCIÓN DE BURSA POR ÚLCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
239	862311	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA, RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
240	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESION PROFUNDA (ULCERA) CON COCCIGECTOMIA	$ 911.289,58	911.289,58
241	862320	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
242	862324	ESCARECTOMIA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
243	862326	ESCARECTOMIA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
244	862328	ESCARECTOMIA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
245	862329	ESCARECTOMIA DEL 30% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
246	862351	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN MUÑECAS O MANOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
247	862352	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TOBILLOS O PIES	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
248	862353	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
249	862354	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD INFERIOR EXCEPTO TOBILLO PIE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
250	862355	ESCAROTOMIA DESCOMPRESIVA EN TRONCO (TORAX O ABDOMEN)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
251	862505	DERMOABRASION (QUIMICA O MECANICA) DE AREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
252	862901	FISTULECTOMIA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
253	865101	SUTURA DE HERIDA UNICA, EN AREA GENERAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
254	865102	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE, EN AREA GENERAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
255	865202	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
256	865203	SUTURA DE HERIDA UNICA DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
257	865204	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
258	865205	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PARPADOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
259	865206	SUTURA DE HERIDA MULTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXION, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
260	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	$ 3.439.662,66	3.439.662,66

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
261	865208	SUTURA DE AVULSION EN PABELLON AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PARPADOS O GENITALES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
262	866301	INJERTO CONDROCUTANEO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
263	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTIMETROS CUADRADOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
264	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTIMETROS CUADRADOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
265	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
266	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
267	867103	COLGAJO CUTANEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
268	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
269	867105	COLGAJO LIBRE CUTANEO CON TECNICA MICROVASCULAR	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
270	867106	COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
271	867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
272	867301	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
273	868401	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
274	868402	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
275	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXION	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
276	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA	$ 573.575,79	573.575,79
277	868603	RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
278	868604	RECONSTRUCCIÓN DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
279	869201	DERIVACION LINFATICA (MANEJO DE LINFEDEMA)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
280	869202	ANASTOMOSIS LINFATICO VENOSO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
281	869203	ANASTOMOSIS LINFATICO LINFATICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
282	869204	TRANSPOSICION DE GANGLIOS LINFATICOS CON ANASTOMOSIS	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
283	869205	REDUCCION DE TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO (MANEJO DE LINFEDEMA)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
284	869601	INSERCION (SUBCUTANEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (UNICO O MULTIPLE)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
285	869701	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (UNICO O MULTIPLE) SOD	$ 677.916,61	677.916,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
286	974301	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX (RETIRO DE PUNTOS) SOD	$ 677.916,61	677.916,61
287	10101	PUNCION CISTERNAL. VIA LATERAL	$ 911.289,58	911.289,58
288	10102	PUNCION CISTERNAL. VIA MEDIAL	$ 911.289,58	911.289,58
289	10103	PUNCION CISTERNAL	$ 911.289,58	911.289,58
290	10201	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE IMPLANTADO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
291	10202	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR POR TREPANACION (SIN CATETER)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
292	10203	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR A TRAVES DE UN RESERVORIO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
293	10204	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR, VIA TRANSFONTANELAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
294	10205	PUNCION (ASPIRACION DE LIQUIDO) VENTRICULAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
295	10901	PUNCION SUBDURAL	$ 911.289,58	911.289,58
296	10902	OTRA PUNCION CRANEAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
297	11101	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANEOTOMIA	$ 911.289,58	911.289,58
298	11102	BIOPSIA OSEA EN CRANEO POR CRANIECTOMIA	$ 911.289,58	911.289,58
299	11103	BIOPSIA DE CRANEO	$ 911.289,58	911.289,58
300	11201	BIOPSIA DE MENINGE. POR CRANEOTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
301	11202	BIOPSIA DE MENINGE CEREBRAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
302	11301	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE CEREBRO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
303	11302	BIOPSIA ABIERTA (CRANEOTOMIA) DE CEREBRO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
304	11303	BIOPSIA DE CEREBRO POR TREPANACION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
305	11306	BIOPSIA DE CEREBRO SUPERFICIAL POR ESTEREOTAXIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
306	11307	BIOPSIA DE CEREBRO PROFUNDA POR ESTEREOTAXIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
307	12101	CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
308	12102	INCISION Y DRENAJE DE SENO FRONTAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
309	12103	DESFUNCIONALIZACION DE SENO FRONTAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
310	12201	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO CRANEAL PROFUNDO O INTRAPARENQUIMATOSO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
311	12202	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO EPIDURAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
312	12203	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO SUBDURAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
313	12204	RETIRO O SUSTITUCION DE ELECTRODO A NERVIO CRANEAL O PERIFERICO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
314	12205	RETIRO O SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR INTRACRANEAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
315	12206	REVISION DE ELECTRODO CRANEAL PROFUNDO O INTRAPARENQUIMATOSO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
316	12207	REVISION DE ELECTRODO EPIDURAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
317	12208	REVISION DE ELECTRODO SUBDURAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
318	12209	REVISION DE ELECTRODO A NERVIO CRANEAL O PERIFERICO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
319	12210	REVISION DE NEUROESTIMULADOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
320	12401	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL SUPRATENTORIAL. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
321	12402	DRENAJE DE ESPACIO EPIDURAL FOSA POSTERIOR. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
322	12403	CRANEOTOMIA (DESCOMPRESIVA O EXPLORATORIA)	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
323	12410	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRACRANEAL. POR CRANEOTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
324	12501	SECUESTRECTOMIA DE CRANEO. POR CRANIECTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
325	12502	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL SUPRATENTORIAL. POR CRANIECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
326	12503	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL FOSA POSTERIOR. POR CRANIECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
327	12505	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA BIFRONTAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
328	12506	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA HEMISFERICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
329	12507	CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN FOSA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
330	13101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
331	13102	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL. POR TREPANACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
332	13103	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL EN FOSA POSTERIOR. POR CRANIECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
333	13104	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL. POR DRENAJE EXTERNO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
334	13105	DRENAJE DE ESPACIO SUBARACNOIDEO. POR DERIVACION CISTO PERITONEAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
335	13106	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL. POR DERIVACION SUBDURO PERITONEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
336	13107	INCISION DE MENINGES CEREBRALES	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
337	13110	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL CON REPARO DE SENOS DURALES ROTOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
338	13201	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) CON ABLACION POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
339	13202	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES). POR CRANEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
340	13204	SECCION DE TEJIDO CEREBRAL (TRACTOS CEREBRALES) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
341	13205	SECCION DEL CUERPO CALLOSO SEGMENTO ANTERIOR (CALLOSOTOMIA) POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
342	13206	SECCION DEL CUERPO CALLOSO SEGMENTO ANTERIOR (CALLOSOTOMIA) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
343	13207	SECCION DEL CUERPO CALLOSO SEGMENTO POSTERIOR (CALLOSOTOMIA) POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
344	13208	SECCION DEL CUERPO CALLOSO SEGMENTO POSTERIOR (CALLOSOTOMIA) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
345	13209	SECCION COMPLETA DEL CUERPO CALLOSO (CALLOSOTOMIA) POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
346	13210	SECCION COMPLETA DEL CUERPO CALLOSO (CALLOSOTOMIA) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
347	13211	AMIGDALOHIPOCAMPECTOMIA SELECTIVA (TRACTO CEREBRAL) POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
348	13212	AMIGDALOHIPOCAMPECTOMIA SELECTIVA (TRACTO CEREBRAL) CON ABLACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
349	13213	AMIGDALOHIPOCAMPECTOMIA SUPRASELECTIVA (TRACTO CEREBRAL) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
350	13214	TRACTOTOMIA LOBAR POR CRANEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
351	13215	TRACTOTOMIA LOBAR VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
352	13216	CINGULOTOMIA ESTEREOTACTICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
353	13217	CINGULOTOMIA POR CRANEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
354	13218	CINGULOTOMIA CON ABLACION	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
355	13219	TRACTOTOMIA MESENCEFALICA U OTRA LESION DE TALLO CEREBRAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
356	14103	TALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
357	14201	PALIDOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
358	14301	SUBTALAMOTOMIA POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
359	14401	LESION EN OTRAS ESTRUCTURAS SUBCORTICALES	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
360	15101	RESECCION TUMOR OSEO. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
361	15102	RESECCION TUMOR OSEO. POR CRANIECTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
362	15104	CORRECCION DE DISPLASIA FIBROSA DEL CRANEO POR CRANIECTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
363	15201	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEOFACIAL ANTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
364	15202	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
365	15203	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA ANTEROLATERAL Y RINOTOMIA LATERAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
366	15204	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR, VIA TRANSZIGOMATICA Y TRANSPALATAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
367	15205	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO, FOSA ANTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
368	15301	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA FRONTAL Y OSTEOTOMIA FRONTO ETMOIDAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
369	15302	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ABORDAJE TRANSMAXILAR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
370	15303	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
371	15304	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMIA ZIGOMATICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
372	15305	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL EXTENDIDA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
373	15306	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBTEMPORAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
374	15307	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA PREAURICULAR INFRATENTORIAL Y CERVICOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
375	15308	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
376	15309	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA POR ORBITOTOMIA LATERAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
377	15310	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA TRANSESFENOIDAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
378	15311	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
379	15314	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA INFRATEMPORAL TRANSPTERIGOIDEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
380	15401	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA EXTREMO LATERAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
381	15402	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA FRONTO ORBITO ETMOIDAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
382	15403	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA SUBTEMPORAL PREAURICULAR INFRATEMPORAL Y CERVICOTOMIA TRANSMANDIBULAR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
383	15404	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA TRANSORAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
384	15405	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
385	15406	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA TRANSLABERINTICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
386	15407	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA TRANSCOCLEAR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
387	15408	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA FOSA MEDIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
388	15409	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR, VIA SUBOCCIPITAL RETROMASTOIDEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
389	15410	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
390	15412	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA TRANSTUBERCULOYUGULAR O TRANSCONDILAR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
391	15501	TOMA DE INJERTO OSEO DE CRANEO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
392	15502	RESECCION DE TEJIDO CRANEAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
393	16101	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
394	16102	RESECCION TUMOR DE MENINGE CEREBRAL. POR CRANIECTOMIA CON DUROPLASTIA Y CRANEOPLASTIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
395	16103	RESECCION DE TUMORES EN MENINGES CEREBRALES	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
396	16201	RESECCION TUMOR DE LA HOZ. POR CRANEOTOMIA Y PLASTIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
397	16202	RESECCION TUMORES DE LA HOZ	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
398	16301	RESECCION TUMOR DEL TENTORIO. POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
399	16302	RESECCION TUMORES DEL TENTORIO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
400	16401	DRENAJE DE QUISTE ARACNOIDEO GUIADO POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
401	16402	RESECCION DE OTRA LESION DE MENINGE CEREBRAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
402	17001	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
403	17002	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES. GUIADO POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
404	17003	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES. POR PUNCION DIRIGIDA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
405	17004	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
406	17005	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES DE FOSA POSTERIOR. GUIADO POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
407	17006	DRENAJE DE COLECCIONES INTRACEREBRALES	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
408	17201	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
409	17202	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO. POR CRANEOTOMIA OSTEOPLASTICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
410	17203	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO. POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
411	17204	RESECCION DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO.CON ESTIMULACION CORTICAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
412	17205	RESECCION VOLUMETRICA DE TUMOR SUPRATENTORIAL HEMISFERICO.CON ESTEREOTAXIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
413	17206	RESECCION DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
414	17209	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL SUPRATENTORIAL	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
415	17301	RESECCION TUMOR INTRACEREBELOSO. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
416	17302	RESECCION TUMORES INFRATENTORIALES HEMISFERICOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
417	17303	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL INFRATENTORIAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
418	17401	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LINEA MEDIA SUPRATENTORIAL POR CRANEOTOMIA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
419	17403	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LINEA MEDIA SUPRATENTORIALES VIA ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
420	17404	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LA REGION PINEAL VIA SUPRATENTORIAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
421	17405	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LA REGION PINEAL VIA INFRATENTORIAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
422	17406	RESECCION DE LESION O TUMOR DE LA REGION PINEAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
423	17501	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL. EXTRA AXIAL. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
424	17502	RESECCION DE TUMOR DE LINEA MEDIA INFRATENTORIAL EXTRA AXIAL POR CRANEOTOMIA GUIADA POR ESTEREOTAXIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
425	17504	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES). POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
426	17505	RESECCION DE LESIONES EXOFITICAS SOLIDAS EN TRONCO CEREBRAL (EXTRA AXIALES). POR CRANEOTOMIA DE FOSA MEDIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
427	17508	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL). POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
428	17509	RESECCION DE LESIONES SOLIDAS O QUISTICAS INTRAAXIALES (TRONCO CEREBRAL). POR CRANEOTOMIA SUBTEMPORAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
429	17601	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES. POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
430	17603	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES SUPRATENTORIALES. POR ENDOSCOPIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
431	17701	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
432	17702	RESECCION DE LESIONES VENTRICULARES INFRATENTORIALES. POR ENDOSCOPIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
433	17801	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
434	17802	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
435	17803	RESECCION DE LESIONES INTRAVENTRICULARES DE LINEA MEDIA VIA ENDOSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
436	17806	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
437	17807	DRENAJE DE QUISTE TUMORAL DE LINEA MEDIA INTRAVENTRICULAR VIA ENDOSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
438	18103	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL ANATOMICA POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
439	18104	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL FUNCIONAL POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
440	18105	HEMISFERECTOMIA CEREBRAL FUNCIONAL VIA ENDOSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
441	18106	HEMISFEROTOMIA CEREBRAL POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
442	18107	HEMISFEROTOMIA CEREBRAL VIA ENDOSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
443	18201	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
444	18202	HEMISFERECTOMIA CEREBELOSA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
445	19101	LOBECTOMIA POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
446	19201	LOBECTOMIA POR CRANIECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
447	20105	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA. POR CRANEOTOMIA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
448	20106	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA, CON AVANCE FRONTO-ORBITARIO, CON O SIN DISTRACCION	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
449	20107	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA. CON AVANCE FRONTO NASAL (LEFORT III)	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
450	20108	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS CON ALTERACION CRANEO FACIAL COMPLEJA. CON AVANCE FRONTO MAXILAR (LEFORT II)	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
451	20109	APERTURA DE SUTURA CRANEAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
452	20110	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS MULTIPLE CON BRAQUICEFALIA CON AVANCE FRONTO ORBITARIO POR CRANIECTOMIA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
453	20111	CORRECCION DE CRANEO ESTENOSIS MULTIPLE CON BRAQUICEFALIA CON AVANCE FRONTO ORBITARIO VIA ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
454	20112	CORRECCION DE ASIMETRIA CRANEANA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
455	20201	ESQUIRLECTOMIA CRANEAL A TRAVES DE TREPANACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
456	20202	DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
457	20203	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL (HUNDIMIENTO SIN COMPROMISO DE DURA) CON ESQUIRLECTOMIA Y CRANEOPLASTIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
458	20204	REDUCCION DE FRACTURA COMPUESTA (CONMINUTA) DE CRANEO. CON PLASTIA DURAL Y LIMPIEZA HEMOSTASIA CEREBRAL (DESBRIDAMIENTO) EN UN SOLO TIEMPO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
459	20205	ELEVACION DE FRAGMENTOS DE FRACTURA DE CRANEO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
460	20206	REDUCCION DE FRACTURA CRANEAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
461	20401	CORRECCION DE DEFECTO OSEO PRE-EXISTENTE POR CRANEOPLASTIA. CON INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
462	20501	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
463	20502	RECONSTRUCCION PROTESICA DE BOVEDA CRANEAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
464	20503	RECONSTRUCCION PROTESICA DE UNION CRANEOFACIAL CON DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
465	20601	CORRECCION DISPLASIA FIBROSA POR CRANEOPLASTIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
466	20602	OSTEOPLASTIA CRANEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
467	20701	EXTRACCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS EN CRANEO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
468	21101	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
469	21102	CORRECCION DE DESGARRO DURAL POST TRAUMATICO EN BOVEDA CRANEANA. CON PLASTIA DURAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
470	21103	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO, POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
471	21104	CORRECCION DE DESGARRO DURAL EN BASE DE CRANEO. CON PLASTIA AUTOLOGA O HETEROLOGA. POR CRANEOTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
472	21105	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
473	21106	PLASTIA DURAL CON INJERTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
474	21201	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA. POR CRANEOTOMIA Y CRANEOPLASTIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
475	21202	CORRECCION FISTULA LCR EN BOVEDA CRANEANA. POR DUROPLASTIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
476	21203	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR. VIA SUBFRONTAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
477	21204	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR. VIA TRANSESFENOIDAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
478	21205	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO ANTERIOR. VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
479	21206	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO. POR CRANIECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
480	21207	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO. VIA TRANSESFENOIDAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
481	21208	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO POSTERIOR. VIA SUBOCCIPITAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
482	21209	CORRECCION DE MENINGOCELE. POR CRANIECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
483	21210	CORRECCION DE MENINGOCELE. CON CRANEOPLASTIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
484	21211	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR. POR CRANIECTOMIA Y PLASTIA DE MENINGE	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
485	21212	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR. CON AVANCE FRONTO ORBITARIO Y PLASTIA DE MENINGE	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
486	21213	CORRECCION DE MENINGOCELE DE FOSA ANTERIOR. VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
487	21214	CORRECCION DE MENINGOENCEFALOCELE POR CRANIECTOMIA CON PLASTIA DE MENINGE Y CRANEOPLASTIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
488	21215	REPARACION DE MENINGE CEREBRAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
489	21216	CORRECCION FISTULA LCR EN BASE DE CRANEO MEDIO VIA TRANSESFENOIDAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
490	21301	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA CRANEAL	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
491	21302	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA ANTERIOR VIA ENDONASAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
492	21303	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA CRANEAL	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
493	21304	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA ENDONASAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
494	21305	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA POSTERIOR VIA CRANEAL	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
495	21306	RECONSTRUCCION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA VIA ENDONASAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
496	21307	RECONSTRUCCION DE LA BOVEDA DEL CRANEO UNILATERAL	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
497	21308	RECONSTRUCCION DE LA BOVEDA DEL CRANEO BILATERAL	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
498	22101	DERIVACION DE VENTRICULO A CISTERNA MAGNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
499	22102	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
500	22103	CRANEOSTOMIA CON FENESTRACION ESTEREOTACTICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
501	22105	TERCER VENTRICULOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
502	22106	DERIVACION VENTRICULOSUBGALEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
503	22201	COLOCACION DE CATETER VENTRICULAR AL EXTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
504	22202	DERIVACION VENTRICULAR A ESPACIO SUBARACNOIDEO CERVICAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
505	22203	VENTRICULOSTOMIA EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
506	22401	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA POR CRANEOTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
507	22402	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA POR CRANEOTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
508	22403	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL SIN VALVULA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
509	22404	COLOCACION DE CATETER VENTRICULO PERITONEAL CON VALVULA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
510	23201	DERIVACION VENTRICULOATRIAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
511	23402	DERIVACION CISTO PERITONEAL (QUISTE VENTRICULAR A PERITONEO)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
512	23403	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD Y ORGANOS ABDOMINALES	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
513	23404	DERIVACION VENTRICULAR A CAVIDAD U OTROS ORGANOS	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
514	24101	IRRIGACION DE DERIVACION VENTRICULAR SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
515	24201	REEMPLAZO PARCIAL DE DERIVACION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
516	24202	REEMPLAZO TOTAL DE DERIVACION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
517	24203	SUSTITUCION DE DERIVACION VENTRICULAR	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
518	24301	RETIRO DE DERIVACION SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
519	25001	IMPLANTE DE CATETER (INTRAVENTRICULAR. INTRACISTICO) CON RESERVORIO SUBCUTANEO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
520	28101	LISIS DE ADHERENCIAS CORTICALES SOD	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
521	28201	IMPLANTACION DE CATETER INTRACEREBRAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
522	28202	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO EXTRADURAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
523	28203	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO INTRACEREBRAL (ELECTRODOS O TRASDUCTORES)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
524	28302	COLOCACION DE ELECTRODO EPIDURAL TRANSITORIO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
525	28303	IMPLANTACION DE ELECTRODO INTRACRANEAL PROFUNDO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
526	28304	IMPLANTACION DE RECEPTOR ELECTROENCEFALOGRAFICO POR TREPANACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
527	28305	INSERCION DE REJILLA SUBDURAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
528	28307	IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL POR CRANEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
529	28308	IMPLANTACION DE ELECTRODO PARA ESTIMULACION CEREBRAL PROFUNDA POR ESTEREOTAXIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
530	28309	IMPLANTACION DE ELECTRODO SUBDURAL POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
531	28310	IMPLANTACION DE ELECTRODO SUBDURAL POR ESTEREOTAXIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
532	28311	IMPLANTACION DE ELECTRODO EPIDURAL (PERMANENTE)	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
533	28312	IMPLANTACION DE ELECTRODO INTRACRANEAL PARENQUIMATOSO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
534	28313	IMPLANTACION DE ELECTRODO INTRACRANEAL PROFUNDO PARA ESTEREOELECTROENCEFALOGRAFIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
535	28314	IMPLANTACION DE GENERADOR PARA NEUROESTIMULACION INTRACRANEAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
536	28401	COLOCACION DE TRACTOR CEFALICO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
537	28402	COLOCACION DE TRACTOR ESQUELETICO CERVICAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
538	28501	EXTRACCION O RETIRO DE TRACTOR CEFALICO	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
539	28502	EXTRACCION O RETIRO DE TRACTOR ESQUELETICO CERVICAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
540	28601	INJERTO INTRACEREBRAL DE TEJIDO SUPRARRENAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
541	28602	INJERTO INTRACEREBRAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
542	29001	EMBOLIZACION DE TUMORES INTRACRANEANOS	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
543	29002	EMBOLIZACION DE TUMORES ESPINALES	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
544	29101	CATETERIZACION SUPRASELECTIVA DE VASO INTRACRANEANO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
545	30105	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
546	30106	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
547	30107	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
548	30108	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
549	30109	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
550	30110	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
551	30111	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
552	30112	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
553	30113	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CANAL RAQUIDEO POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
554	30208	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
555	30209	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
556	30210	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
557	30211	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
558	30212	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
559	30213	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
560	30214	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
561	30215	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
562	30216	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
563	30217	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
564	30218	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
565	30219	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR HEMILAMINECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
566	30220	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
567	30221	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
568	30222	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
569	30223	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
570	30224	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
571	30225	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DEL CANAL RAQUIDEO Y RAICES ESPINALES MAS DE DOS SEGMENTOS POR LAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
572	30226	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
573	30227	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
574	30228	EXPLORACION Y DESCOMPRESION HASTA DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
575	30229	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
576	30230	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
577	30231	EXPLORACION Y DESCOMPRESION MAS DE DOS SEGMENTOS POR FORAMINOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
578	30301	EXPLORACION Y DESCOMPRESION DE RAIZ DEL NERVIO ESPINAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
579	30302	ESCISION DE QUISTE SINOVIAL FACETARIO VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
580	30404	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL CERVICAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
581	30405	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL TORACICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
582	30406	DRENAJE DE COLECCION EPIDURAL LUMBOSACRA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
583	30407	DRENAJE DE COLECCION SUBDURAL CERVICAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
584	30408	DRENAJE DE COLECCION SUBDURAL TORACICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
585	30409	DRENAJE DE COLECCION SUBDURAL LUMBOSACRA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
586	31101	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
587	31102	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
588	31103	RIZOTOMIA DE RAIZ NERVIO ESPINAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
589	31104	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA PERCUTANEA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
590	31105	RIZOLISIS FACETARIA (NEUROTOMIA DE RAMA MEDIAL) VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
591	32001	CORDOTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
592	32002	CORDOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
593	32003	CORDOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
594	32303	TRACTOTOMIA DE MEDULA ESPINAL (ANTERIOR, LATERAL O POSTERIOR)	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
595	32304	LESION DE TRACTOS DE ENTRADA DE RAICES POSTERIORES [DREZ]	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
596	32401	MIELOTOMIA POR ABLACION VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
597	33101	PUNCION LUMBAR (DIAGNOSTICA O TERAPEUTICA)	$ 86.419,68	86.419,68
598	33201	BIOPSIA DE TUMOR INTRADURALES (INTRAMEDULARES Y EXTRAMEDULARES) CERVICALES. DORSALES. LUMBOSACROS O COCCIGEOS	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
599	33202	BIOPSIA ABIERTA DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO. VIA LATERAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
600	33203	BIOPSIA DE MEDULA ESPINAL O MENINGES ESPINALES	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
601	34101	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO, POR CRANEOTOMIA DE FOSA POSTERIOR Y ESCISION DE ARCO POSTERIOR DE ATLAS VIA POSTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
602	34102	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO. VIA TRANSCONDILEA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
603	34103	RESECCION DE TUMOR DEL FORAMEN MAGNO. VIA TRANSORAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
604	34208	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
605	34209	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
606	34210	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL C1 C2 VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
607	34211	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
608	34212	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
609	34213	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
610	34214	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
611	34215	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
612	34216	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
613	34217	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
614	34218	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
615	34219	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
616	34220	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
617	34221	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
618	34222	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
619	34223	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
620	34224	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
621	34225	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
622	34226	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
623	34227	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
624	34228	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO EXTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
625	34229	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO SACRO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
626	34230	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO SACRO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
627	34307	RESECCION DE TUMOR RADICULAR EN RELOJ DE ARENA EN CANAL VERTEBRAL EXTRADURAL CON EXTENSION FORAMINAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
628	34308	RESECCION DE TUMOR RADICULAR EN RELOJ DE ARENA EN CANAL VERTEBRAL INTRA Y EXTRADURAL CON EXTENSION FORAMINAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
629	34309	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL C1 C2 VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
630	34310	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL C1 C2 VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
631	34311	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL C1 C2 VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
632	34312	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
633	34313	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
634	34314	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
635	34315	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
636	34316	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
637	34317	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
638	34318	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
639	34319	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
640	34320	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
641	34321	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
642	34322	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
643	34323	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
644	34324	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
645	34325	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
646	34326	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
647	34327	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
648	34328	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
649	34329	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
650	34330	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SACRO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
651	34331	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRARAQUIDEO INTRADURAL SACRO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
652	34403	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
653	34404	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
654	34405	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR C1 C2 VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
655	34406	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
656	34407	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
657	34408	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
658	34409	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
659	34410	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
660	34411	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR SUBAXIAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
661	34412	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
662	34413	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
663	34414	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
664	34415	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
665	34416	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
666	34417	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRADURAL INTRAMEDULAR TORACICO MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
667	34418	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
668	34419	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
669	34420	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
670	34421	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
671	34422	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
672	34423	RESECCION DE TUMOR O LESION INTRAMEDULAR O MULTIRADICULAR LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
673	34424	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
674	34425	RESECCION DE TUMOR O LESION MULTIRADICULAR SACRO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
675	35102	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL. CON MIELOTOMIA POSTERIOR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
676	35103	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL. CON DESCOMPRESION VIA ANTERIOR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
677	35104	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL. CON FUSION OSEA E INJERTO AUTOLOGO O HETEROLOGO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
678	35105	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL. CON RESECCION DE TABIQUE OSEO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
679	35106	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL. CON SECCION DE FILUM TERMINALIS	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
680	35109	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL SIN INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
681	35110	CORRECCION DE MALFORMACION DE MEDULA ESPINAL CON INSTRUMENTACION VIA POSTERIOR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
682	35201	CORRECCION DE ANOMALIA DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA Y DUROPLASTIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
683	35202	CORRECCION DE MEDULA ESPINAL EN UNION CRANEOCERVICAL POR CRANIECTOMIA SUBOCCIPITAL CON LAMINECTOMIA C1-C2 Y DUROPLASTIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
684	35401	PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
685	35402	ESQUIRLECTOMIA CON PLASTIA O INJERTO DE MENINGE ESPINAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
686	35501	REPARACION DE FISTULA ESPINAL DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (DUROPLASTIA ESPINAL)	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
687	36101	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
688	36102	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA ENDOSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
689	36103	LISIS O RESECCION DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN MEDULA ESPINAL O RAICES DE NERVIOS ESPINALES VIA PERCUTANEA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
690	37101	DERIVACION SIRINGO PERITONEAL O RETROPERITONEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
691	37201	DERIVACION SIRINGO SUBDURAL ESPINAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
692	37202	DERIVACION SIRINGO SUBDURAL ESPINAL VIA PERCUTANEA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
693	37301	DERIVACION LUMBO PERITONEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
694	37302	DERIVACION LUMBO RETROPERITONEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
695	37401	DERIVACION Y DRENAJE LUMBAR EXTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
696	37501	DERIVACION SIRINGO PLEURAL ESPINAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
697	38101	INYECCIONES NEUROLITICAS SUBARACNOIDEAS SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
698	38201	NEUROLISIS DE RAICES ESPINALES SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
699	39001	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
700	39002	INSERCION DE CATETER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
701	39003	INSERCION DE CATETER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
702	39004	INSERCION DE CATETER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL CON PUERTO DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA O PALIATIVA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
703	39101	INYECCION DE ANESTESICO EN EL CANAL ESPINAL	$ 86.419,68	86.419,68

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
704	39102	INYECCION DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA EN EL CANAL ESPINAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
705	39201	NEUROLISIS DEL GANGLIO DE GASSER O ESFENOPALATINO POR RADIOFRECUENCIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
706	39202	NEUROLISIS DE CADENA SIMPATICA POR RADIOFRECUENCIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
707	39203	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
708	39204	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFERICOS POR RADIOFRECUENCIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
709	39304	IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL POR LAMINECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
710	39305	IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
711	39306	IMPLANTACION DE ELECTRODOS DE NEUROESTIMULACION ESPINAL VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
712	39307	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
713	39308	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL POR LAMINECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
714	39309	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
715	39310	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR ESPINAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
716	39401	RETIRO DE ELECTRODOS O RECEPTOR DE NEUROESTIMULACION ESPINAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
717	39501	PARCHE HEMATICO EPIDURAL EN CANAL ESPINAL SOD	$ 86.419,68	86.419,68
718	39601	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE ESTIMULADOR ELECTRICO NO CARDIACO	$ 239.944,05	239.944,05
719	39701	REEMPLAZO. IRRIGACION O REVISION DE DERIVACION ESPINAL SOD §	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
720	39801	RETIRO DE DERIVACION ESPINAL SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
721	39901	REVISION DE ELECTRODOS O RECEPTORES DE NEUROESTIMULACION ESPINAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
722	40001	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA RETROLABERINTICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
723	40002	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA FOSA MEDIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
724	40003	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA SUBOCCIPITAL O RETROSIGMOIDEA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
725	40004	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA TRANSLABERINTICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
726	40005	RESECCION DE LESION DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VIA TRANSOTICA O TRANSCOCLEAR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
727	40201	SECCION DE NERVIO TRIGEMINO POR CRANEOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
728	40302	SECCION DE OTRO NERVIO CRANEAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
729	40501	GANGLIONECTOMIA DE GASER SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
730	40601	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
731	40602	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE OTRO NERVIO CRANEAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
732	40603	IMPLANTACION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO PERIFERICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
733	40604	SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
734	40605	SUSTITUCION DE NEUROESTIMULADOR DE OTRO NERVIO CRANEAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
735	40606	RETIRO DE NEUROESTIMULADOR DE NERVIO VAGO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
736	40607	RETIRO DE NEUROESTIMULADOR DE OTROS NERVIOS CRANEALES	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
737	40608	RETIRO DE NEUROESTIMULADOR NERVIOS PERIFERICOS	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
738	40609	COLOCACION DE ELECTRODO TRANSITORIO PARA ESTIMULACION DE NERVIO PERIFERICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
739	40701	RESECCION DE TUMOR PRIMARIO DEL NERVIO OPTICO. POR CRANEOTOMIA SUBFRONTAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
740	40702	RESECCION DE TUMOR PRIMARIO DEL NERVIO OPTICO. POR ORBITOTOMIA LATERAL +	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
741	40703	ESCISION [RESECCION] DE NERVIO CRANEAL O PERIFERICO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
742	40705	NEURECTOMIA DE NERVIO PERIFERICO EN CABEZA O CUELLO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
743	40712	RESECCION DE TUMOR DE NERVIO EN MUÑON (DE AMPUTACION O HERIDA) O EN PLEJO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
744	40713	NEURECTOMIA DE OTRO NERVIO PERIFERICO VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
745	40714	NEURECTOMIA DE OTRO NERVIO PERIFERICO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
746	40715	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
747	40716	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
748	40717	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
749	40718	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
750	40719	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
751	40720	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
752	40721	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
753	40722	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
754	40723	NEURECTOMIA O RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
755	40724	NEURECTOMIA O RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
756	40725	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
757	40726	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
758	40727	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
759	40728	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
760	40729	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
761	40730	TOMA DE INJERTO DE NERVIO PERIFERICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
762	40731	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
763	40732	NEURECTOMIA SUPRASELECTIVA INTRAESPINAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
764	41101	BIOPSIA NERVIO PERIFERICO (SUPERFICIAL O PROFUNDO). VIA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
765	41102	BIOPSIA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE NERVIO O GANGLIO CRANEAL O PERIFERICO	$ 911.289,58	911.289,58
766	41201	BIOPSIA ABIERTA DE NERVIO O GANGLIO PERIFERICO SOD	$ 911.289,58	911.289,58
767	42101	RIZOTOMIA DE NERVIO TRIGEMINAL. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
768	42102	RIZOTOMIA DE NERVIO XI. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
769	42103	RIZOTOMIA DE NERVIO CRANEAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
770	42201	NEUROLISIS DE NERVIO XI, POR AMIGDALECTOMIA ESTEREOTACTICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
771	42204	NEUROLISIS DE NERVIO FACIAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
772	42205	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO CRANEAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
773	42310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
774	42311	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
775	42312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
776	42313	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
777	42314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
778	42315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
779	42316	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
780	42317	NEUROLISIS DE NERVIO EN MUSLO VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
781	42318	NEUROLISIS DE NERVIO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
782	42319	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
783	42320	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIERNA VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
784	42321	NEUROLISIS DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
785	42322	NEUROLISIS DE NERVIO EN TOBILLO VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
786	42323	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIE EXCEPTO DEDO DE PIE VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
787	42324	NEUROLISIS DE NERVIO EN DEDO DE PIE VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
788	42325	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO PERIFERICO VIA ABIERTA	$ 125.149,24	125.149,24
789	42326	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO PERIFERICO VIA ENDOSCOPICA	$ 125.149,24	125.149,24
790	43001	ANASTOMOSIS DE NERVIO FACIAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
791	43002	ANASTOMOSIS DE NERVIO CRANEAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
792	43101	NEURORRAFIA DE NERVIO PERIFERICO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
793	43103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
794	43104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
795	43105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
796	43106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
797	43107	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
798	43108	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
799	43109	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
800	44101	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO TRIGEMINAL. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
801	44102	DESCOMPRESION DE RAIZ DE NERVIO TRIGEMINO	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
802	44201	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO OPTICO. POR CRANEOTOMIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
803	44203	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
804	44204	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO ACUSTICO VESTIBULAR	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
805	44205	DESCOMPRESION INTRACANALICULAR DE NERVIO FACIAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
806	44206	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIO FACIAL. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
807	44207	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSLABERINTICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
808	44208	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA TRANSMASTOIDEA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
809	44209	DESCOMPRESION DE OTRO NERVIO CRANEAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
810	44210	DESCOMPRESION DE NERVIO FACIAL INTRATEMPORAL VIA FOSA MEDIA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
811	44211	DESCOMPRESION DE NERVIO OPTICO VIA ORBITARIA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
812	44212	DESCOMPRESION DE NERVIO OPTICO VIA ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
813	44301	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
814	44303	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
815	44304	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
816	44305	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
817	44401	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
818	44402	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TUNEL DEL TARSO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
819	44510	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
820	44511	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HOMBRO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
821	44512	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
822	44513	DESCOMPRESION DE NERVIO EN BRAZO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
823	44514	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
824	44515	DESCOMPRESION DE NERVIO EN CODO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
825	44516	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
826	44517	DESCOMPRESION DE NERVIO EN ANTEBRAZO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
827	44518	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MANO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
828	44519	DESCOMPRESION DE NERVIO EN DEDO DE LA MANO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
829	44520	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MUSLO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
830	44521	DESCOMPRESION DE NERVIO EN MUSLO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
831	44522	DESCOMPRESION DE NERVIO EN HUECO POPLITEO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
832	44523	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIERNA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
833	44524	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIERNA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
834	44525	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TOBILLO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
835	44526	DESCOMPRESION DE NERVIO EN TOBILLO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
836	44527	DESCOMPRESION DE NERVIO EN PIE VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
837	45102	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
838	45103	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL IPSILATERAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
839	45104	INJERTO DE NERVIO PERIFERICO A NERVIO FACIAL CONTRALATERAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
840	46103	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
841	46104	TRANSPOSICION DE NERVIO PERIFERICO MIEMBRO INFERIOR VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
842	47102	REPARACION DE NERVIO FACIAL. POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
843	47104	REANIMACION FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR PEDICULADO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
844	47105	REANIMACION FACIAL CON COLGAJO MUSCULAR CON TECNICA MICROVASCULAR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
845	47106	REANIMACION FACIAL CON TECNICA DE SUSPENSION VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
846	47107	REANIMACION FACIAL CON TECNICA DE SUSPENSION VIA ENDOSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
847	47108	NEUROTIZACION DE NERVIO FACIAL POR INTERPOSICION DE NERVIO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
848	48101	BLOQUEO DE NERVIO TRIGEMINAL O ESFENOPALATINO	$ 171.052,92	171.052,92
849	48102	INYECCION DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIO CRANEAL CON FIN ANALGESICO	$ 171.047,25	171.047,25
850	48201	INYECCION DE AGENTE ANESTESICO PARA NERVIO PERIFERICO	$ 170.943,64	170.943,64
851	48202	INFUSION CONTINUA DE OTRA SUSTANCIA TERAPEUTICA PARA NERVIO PERIFERICO	$ 170.943,64	170.943,64
852	48203	INYECCION DE AGENTE ANESTESICO EN ESPACIO INTERFASCIAL DE NERVIO PERIFERICO	$ 171.047,25	171.047,25
853	48204	ANESTESIA REGIONAL INTRAVENOSA	$ 171.047,25	171.047,25
854	48301	INYECCION DE ANESTESIA EN NERVIO DE FACETA ARTICULAR VERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS	$ 171.047,25	171.047,25
855	48401	INYECCION DE ANESTESIA EN DISCO INTERVERTEBRAL CON FINES ANALGESICOS	$ 171.016,49	171.016,49
856	48402	INYECCION DE ANESTESIA EN ARTICULACION SACROILIACA CON FINES ANALGESICOS	$ 171.047,25	171.047,25
857	48403	INYECCION DE ANESTESIA TRANSFORAMINAL CON FINES ANALGESICOS	$ 171.047,25	171.047,25
858	48404	INYECCION DE ANESTESIA EPIDURAL CAUDAL CON FINES ANALGESICOS	$ 171.047,25	171.047,25
859	51101	BIOPSIA DE NERVIO O GANGLIO SIMPATICO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
860	52001	SIMPATECTOMIA TORACICA POR TORACOSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
861	52101	GANGLIONECTOMIA ESFENOPALATINA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
862	52102	GANGLIONECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
863	52201	SIMPATECTOMIA CERVICAL SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
864	52301	SIMPATECTOMIA LUMBAR SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
865	52401	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
866	52402	SIMPATECTOMIA PRESACRA POR LAPAROSCOPIA (NEURECTOMIA PRESACRA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
867	52403	SIMPATECTOMIA PRESACRA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
868	52501	SIMPATECTOMIA PERIARTERIAL SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
869	52601	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
870	52602	RESECCION DE TUMOR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO CERVICAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
871	52603	SIMPATECTOMIA DIGITAL (DEDO)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
872	52604	TIMPANOSIMPATECTOMIA [NEURECTOMIA DEL JACOBSON]	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
873	52605	SIMPATECTOMIA O GANGLIECTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
874	53101	BLOQUEO DE NERVIO SIMPATICO UNICO	$ 171.047,25	171.047,25
875	53102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	$ 171.047,25	171.047,25
876	53103	BLOQUEO DE PLEJO LUMBOSACRO	$ 171.047,25	171.047,25
877	53104	BLOQUEO DE SENO CAROTIDEO	$ 171.047,25	171.047,25
878	53105	BLOQUEO DE UNION MIONEURAL	$ 171.047,25	171.047,25
879	53106	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL	$ 171.047,25	171.047,25
880	53107	BLOQUEO DE NERVIO FRENICO	$ 171.047,25	171.047,25
881	53108	BLOQUEO DE PLEJO CELIACO	$ 239.944,05	239.944,05
882	53109	BLOQUEO DE NERVIOS PUDENDOS	$ 171.047,25	171.047,25
883	53110	BLOQUEO DE NERVIO VAGO	$ 171.052,92	171.052,92
884	53111	BLOQUEO DEL NERVIO HIPOGASTRICO SUPERIOR	$ 171.052,92	171.052,92
885	53112	BLOQUEO DE NERVIO ESPLACNICO	$ 171.052,92	171.052,92
886	53113	BLOQUEO REGIONAL CONTINUO	$ 85.471,82	85.471,82
887	53114	BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL (CERVICAL. TORACICO O LUMBAR)	$ 171.052,92	171.052,92
888	53115	BLOQUEO DEL SIMPATICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER)	$ 171.052,92	171.052,92
889	53116	INYECCION DE ANESTESICO EN NERVIO SIMPATICO	$ 171.052,92	171.052,92
890	53121	INYECCION DE ANESTESICO EN GANGLIO SIMPATICO CILIAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
891	53201	NEUROLISIS DE PLEJO BRAQUIAL	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
892	53202	NEUROLISIS DE PLEJO LUMBAR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
893	53203	NEUROLISIS DE PLEJO CERVICAL (SUPERFICIAL O PROFUNDO)	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
894	53204	NEUROLISIS DE PLEJO TORACICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
895	53205	NEUROLISIS DE PLEJO CELIACO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
896	53206	NEUROLISIS DE PLEJO HIPOGASTRICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
897	53207	NEUROLISIS DEL GANGLIO SIMPATICO PRESACRO [GANGLIO IMPAR DE WALTER]	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
898	53208	NEUROLISIS DE NERVIO SIMPATICO UNICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
899	53301	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS SIMPATICOS. POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
900	53302	GANGLIOLISIS	$ 3.875.743,54	3.875.743,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
901	53303	GANGLIOLISIS EN GANGLIOS PARAVERTEBRALES. POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
902	53304	GANGLIOLISIS EN GANGLIO DEL V PAR [GASSER] POR RADIOFRECUENCIA O FENOLIZACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
903	54101	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
904	54102	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL. CON INJERTO DE TRONCOS	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
905	54103	INJERTO NEUROVASCULAR EN NERVIO O GANGLIO SIMPATICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
906	54201	RECONSTRUCCION DE PLEJO. POR NEURORRAFIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
907	54202	RECONSTRUCCION DE PLEJO. POR INJERTO DE NERVIO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
908	54203	RECONSTRUCCION DE PLEJO. POR NEUROTIZACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
909	55101	EXPLORACION SUPRA E INFRACLAVICULAR DE PLEJO BRAQUIAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
910	55102	EXPLORACION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL, LUMBAR O SACRO)	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
911	55201	DESCOMPRESION DE PLEJO O TRONCO (CERVICAL. LUMBAR O SACRO) SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
912	60101	DRENAJE DEL AREA TIROIDEA VIA PERCUTANEA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
913	60201	REAPERTURA DE HERIDA DE AREA TIROIDEA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
914	60901	DRENAJE DE COLECCION EN AREA TIROIDEA POR INCISION	$ 911.289,58	911.289,58
915	60902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO POR INCISION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
916	60903	EXPLORACION DE CUELLO O AREA TIROIDEA POR INCISION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
917	60904	DRENAJE EN CUELLO (EXCEPTO AREA TIROIDEA) POR INCISION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
918	61001	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
919	61002	BIOPSIA DE GLANDULA TIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
920	61301	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
921	61302	BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
922	62001	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
923	62002	TIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
924	62101	ABLACION PARCIAL DE TIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
925	64101	TIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
926	64102	TIROIDECTOMIA TOTAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
927	65101	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
928	65102	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
929	65201	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
930	65202	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
931	67001	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
932	67002	RESECCION DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
933	67201	RESECCION DE FISTULA TIROGLOSA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
934	68101	PARATIROIDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
935	68102	PARATIROIDECTOMIA TOTAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
936	68201	ABLACION PARCIAL DE PARATIROIDES VIA PERCUTANEA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
937	68901	PARATIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
938	68902	PARATIROIDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
939	69301	SUTURA DE GLANDULA TIROIDES VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
940	69401	REIMPLANTE DE TEJIDO TIROIDEO (AUTOLOGO) SOD	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
941	70001	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
942	71001	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
943	71002	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA PERCUTANEA	$ 428.449,43	428.449,43
944	71003	BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
945	71301	BIOPSIA DE HIPOFISIS. VIA TRANSFRONTAL SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
946	71401	BIOPSIA DE HIPOFISIS VIA TRANSESFENOIDAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
947	71402	BIOPSIA DE HIPOFISIS TRANSESFENOIDAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
948	71601	BIOPSIA DE TIMO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
949	71602	BIOPSIA DE TIMO POR TORACOSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
950	71701	BIOPSIA DE GLANDULA PINEAL SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
951	72001	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
952	72002	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
953	72401	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL BILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
954	72402	SUPRARRENALECTOMIA PARCIAL BILATERAL VÍA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
955	72501	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
956	72502	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
957	72601	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL BILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
958	72602	SUPRARRENALECTOMIA TOTAL BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
959	72701	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
960	72702	REIMPLANTE DE TEJIDO SUPRARRENAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
961	74101	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
962	74102	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA PERCUTANEA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
963	74103	DRENAJE DE GLANDULA SUPRARRENAL LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
964	74401	REPARACION DE GLANDULA SUPRARRENAL VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
965	74402	REPARACION DE GLANDULA SUPRARRENAL LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
966	75301	ESCISION PARCIAL DE GLANDULA PINEAL SOD	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
967	75401	ESCISION TOTAL DE GLANDULA PINEAL [PINEALECTOMIA] SOD	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
968	76101	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS. VIA TRANSFRONTAL SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
969	76201	ESCISION PARCIAL DE HIPOFISIS VIA TRANSESFENOIDAL SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
970	76401	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS. VIA TRANSFRONTAL SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
971	76501	ESCISION TOTAL DE HIPOFISIS. VIA TRANSESFENOIDAL SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
972	78203	RESECCION TOTAL DEL TIMO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
973	78204	RESECCION TOTAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
974	78205	RESECCION PARCIAL DEL TIMO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
975	78206	RESECCION PARCIAL DEL TIMO POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
976	80101	DRENAJE DE COLECCIÓN POR BLEFAROTOMÍA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
977	80201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PARPADO POR BLEFAROTOMIA	$ 677.916,61	677.916,61
978	81101	BIOPSIA EN PARPADO	$ 677.916,61	677.916,61
979	82101	RESECCION DE CHALAZION VIA ANTERIOR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
980	82102	RESECCION DE CHALAZION VIA POSTERIOR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
981	82301	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, UN TERCIO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
982	82302	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, DOS TERCIOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
983	82304	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
984	82403	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PARPADO, ESPESOR TOTAL, UN TERCIO	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
985	82404	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL, DOS TERCIOS	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
986	82405	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL, MAYOR DE DOS TERCIOS	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
987	82406	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
988	82407	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL CON CANTO Y VÍA LAGRIMAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
989	82504	ABLACION DE LESION DE PARPADOS	$ 677.916,61	677.916,61
990	82602	TARSORRAFIA	$ 911.289,58	911.289,58
991	83001	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON SUTURA O TEJIDO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
992	83002	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR SUSPENSION FRONTAL CON DESLIZAMIENTO DEL MUSCULO FRONTAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
993	83003	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA ANTERIOR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
994	83004	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR RESECCION EXTERNA DEL ELEVADOR VIA CONJUNTIVAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
995	83005	CORRECCION DE PTOSIS PALPEBRAL, POR CONJUNTIVO MULLERECTOMIA VIA CONJUNTIVAL CON O SIN TARSO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
996	83501	CORRECCION DE LAGOFTALMOS POR INSERCION DE DISPOSITIVO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
997	83502	ELONGACION DEL PARPADO POR VIA CONJUNTIVAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
998	83601	CORRECCION DE ENTROPION POR SUTURA (REINSERCION DE RETRACTORES)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
999	83602	CORRECCION DE ENTROPION POR INJERTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1000	83603	CORRECCION DE ENTROPION POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL [CUÑA]	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1001	83701	CORRECCION DE ECTROPION POR ACORTAMIENTO HORIZONTAL [CUÑA]	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1002	83702	CORRECCION DE ECTROPION CON INJERTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1003	83703	CORRECCION DE ECTROPION POR FIJACION CANTAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1004	83801	CANTOTOMIA	$ 677.916,61	677.916,61
1005	83802	CANTORRAFIA	$ 911.289,58	911.289,58
1006	83803	CANTOPLASTIA	$ 911.289,58	911.289,58
1007	83804	BLEFAROPLASTIA SUPERIOR	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1008	83805	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VIA EXTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1009	83806	BLEFAROPLASTIA INFERIOR VIA CONJUNTIVAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1010	83807	REFORMA DE PLIEGUE PALPEBRAL POR FIJACION TARSAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1011	83808	CORRECCION DE EPIBLEFARON	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1012	83809	CORRECCIÓN DE TELECANTO CON COLGAJO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1013	83811	CORRECCIÓN DE EPICANTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1014	88201	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA UNICA DE PARPADO	$ 911.289,58	911.289,58
1015	88202	SUTURA SUPERFICIAL DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	$ 911.289,58	911.289,58
1016	88401	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA UNICA DE PARPADO	$ 911.289,58	911.289,58
1017	88402	SUTURA PROFUNDA DE HERIDA MULTIPLE DE PARPADO	$ 911.289,58	911.289,58
1018	88601	RITIDECTOMIA DE PARPADO INFERIOR SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1019	88701	RITIDECTOMIA DE PARPADO SUPERIOR SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1020	89104	ABLACION DE PESTAÑAS (SUPERIOR O INFERIOR)	$ 911.289,58	911.289,58
1021	89105	ABLACION DE PESTAÑAS VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
1022	90101	DRENAJE EN LA GLANDULA LAGRIMAL	$ 677.916,61	677.916,61
1023	91101	BIOPSIA DE LA GLANDULA LAGRIMAL	$ 677.916,61	677.916,61
1024	91201	BIOPSIA DE LA VIA LAGRIMAL	$ 911.289,58	911.289,58
1025	92001	DACRIOADENECTOMIA PARCIAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1026	92002	DACRIOADENECTOMIA TOTAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1027	94101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL SACO LAGRIMAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1028	94201	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA EXTERNA	$ 234.829,16	234.829,16
1029	94202	SONDEO Y LAVADO DE LAS VIAS LAGRIMALES VIA ENDOSCOPICA	$ 234.766,83	234.766,83
1030	94401	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA EXTERNA	$ 677.916,61	677.916,61
1031	94402	INTUBACION DE VIA LAGRIMAL VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1032	95001	DRENAJE DEL SACO LAGRIMAL	$ 677.916,61	677.916,61
1033	95002	DRENAJE DEL CANALICULO LAGRIMAL	$ 677.916,61	677.916,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1034	96101	DACRIOCISTECTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1035	97101	PLASTIA EN CANALICULOS LAGRIMALES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1036	97201	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL SIMPLE	$ 677.916,61	677.916,61
1037	97301	PLASTIA DE PUNTO LAGRIMAL MODIFICADA CON SUTURAS	$ 677.916,61	677.916,61
1038	98101	DACRIOCISTORRINOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
1039	98105	DACRIOCISTORRINOSTOMIA REVISIONAL VIA EXTERNA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
1040	98106	DACRIOCISTORRINOSTOMIA REVISIONAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
1041	98201	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA SIMPLE VIA EXTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1042	98301	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA EXTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1043	98302	CONJUNTIVODACRIOCISTORRINOSTOMIA CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1044	99001	CIERRE DEL PUNTO LAGRIMAL CON SUTURA	$ 103.023,85	103.023,85
1045	99002	CIERRE TEMPORAL DE PUNTOS LAGRIMALES CON DISPOSITIVO	$ 103.023,85	103.023,85
1046	99003	CIERRE DE PUNTOS LAGRIMALES ASISTIDO	$ 103.023,85	103.023,85
1047	100101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBCONJUNTIVAL	$ 102.946,95	102.946,95
1048	102101	BIOPSIA DE CONJUNTIVA	$ 911.289,58	911.289,58
1049	102102	CITOLOGIA DE CONJUNTIVA	$ 911.289,58	911.289,58
1050	102103	CITOLOGIA DE IMPRESION EN CONJUNTIVA	$ 911.289,58	911.289,58
1051	103101	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1052	103102	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1053	103103	RESECCION SIMPLE DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1054	103104	RESECCION DE PTERIGION (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1055	103105	RESECCION DE PTERIGION REPRODUCIDO (NASAL O TEMPORAL) CON INJERTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1056	103106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CONJUNTIVA CON INJERTO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1057	103204	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CONJUNTIVA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1058	104001	REPARACION SIMPLE DE SIMBLEFARON	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1059	104002	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO LIBRE EN CONJUNTIVA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1060	104003	REPARACION DE SIMBLEFARON CON INJERTO DE TEJIDO EXTRAOCULAR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1061	106101	SUTURA EN LA CONJUNTIVA	$ 911.289,58	911.289,58
1062	107301	CORRECCION DE CONJUNTIVOCHALASIS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1063	107M01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 1.258.561,30	1.258.561,30
1064	129M01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 436.080,89	436.080,89
1065	129M02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	$ 396.853,52	396.853,52
1066	130M01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 436.080,89	436.080,89
1067	130M02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	$ 396.853,52	396.853,52
1068	110001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA	$ 102.972,04	102.972,04
1069	110002	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PROFUNDO EN CÓRNEA	$ 911.289,58	911.289,58
1070	110A01	INTERNACION EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 2.348.365,26	2.348.365,26
1071	111201	DRENAJE DE COLECCIONES EN CORNEA	$ 171.924,69	171.924,69
1072	112101	FROTIS DE CORNEA	$ 110.546,84	110.546,84
1073	112102	CITOLOGIA DE IMPRESION DE CORNEA	$ 110.546,84	110.546,84
1074	112201	BIOPSIA DE CORNEA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1075	114101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CORNEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1076	114102	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CORNEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1077	114201	CAUTERIZACION DE CORNEA MANUAL	$ 911.289,58	911.289,58
1078	114202	CAUTERIZACION DE CORNEA ASISTIDA	$ 911.289,58	911.289,58
1079	114301	LIMPIEZA DE ENTRECARA MANUAL	$ 911.289,58	911.289,58
1080	115201	REPARACION DE DEHISCENCIA DE HERIDA CORNEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1081	115301	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR PARCIAL §	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1082	115302	REPARACION DE LACERACION O HERIDA CORNEAL CON INJERTO ESPESOR TOTAL §	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1083	115305	REPARACION DE PERFORACION DE CORNEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1084	115306	SUTURA DE CORNEA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1085	115307	QUERATECTOMIA MANUAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1086	115308	QUERATECTOMIA ASISTIDA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1087	115309	REPOSICION DE COLGAJO CORNEAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1088	115401	RECUBRIMIENTO DE CORNEA CON COLGAJO CONJUNTIVAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1089	115402	RECUBRIMIENTO DE CORNEA CON INJERTO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1090	115801	RETIRO DE SUTURA EN CORNEA	$ 677.916,61	677.916,61
1091	116001	QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL MANUAL	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1092	116002	QUERATOPLASTIA ENDOTELIAL ASISTIDA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1093	116101	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR MANUAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1094	116102	QUERATOPLASTIA LAMELAR ANTERIOR ASISTIDA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1095	116103	QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA MANUAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1096	116104	QUERATOPLASTIA LAMELAR PROFUNDA ASISTIDA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1097	116401	ESCLEROQUERATOPLASTIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1098	117401	QUERATOTOMIA INCISIONAL MANUAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1099	117402	QUERATOTOMIA INCISIONAL ASISTIDA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1100	117501	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA MAS QUERATOMILEUSIS MANUAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1101	117502	QUERATECTOMIA FOTORREFRACTIVA MAS QUERATOMILEUSIS ASISTIDA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1102	117801	TERMOQUERATOPLASTIA SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1103	118101	QUERATOPIGMENTACION [TATUAJE DE CORNEA]	$ 911.289,58	911.289,58
1104	118202	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN CÓRNEA	$ 911.289,58	911.289,58
1105	118203	IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CORNEA MANUAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1106	118204	IMPLANTE DE DISPOSITIVO EN CORNEA ASISTIDO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1107	120001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR DEL SEGMENTO ANTERIOR DE OJO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1108	121301	REDUCCION DE HERNIA DE IRIS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1109	121401	IRIDECTOMIA (BASAL, PERIFERICA Y TOTAL)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1110	122101	PARACENTESIS DIAGNOSTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1111	122201	BIOPSIA DE IRIS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1112	122301	BIOPSIA DE ESCLEROTICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1113	122401	BIOPSIA DE CUERPO CILIAR	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1114	123001	IRIDOPLASTIA MANUAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1115	123002	IRIDOPLASTIA ASISTIDA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1116	123201	LISIS DE GONIOSINEQUIAS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1117	123202	LISIS DE SINEQUIAS ANTERIORES	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1118	123203	LISIS DE SINEQUIAS POSTERIORES	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1119	123401	REPARACION O SUTURA DE IRIDODIALISIS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1120	123501	COREOPLASTIA (PUPILOPLASTIA)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1121	123502	CERCLAJE PUPILAR	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
1122	124102	ABLACION DE LESION DE IRIS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1123	124201	RESECCION DE TUMOR DE IRIS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1124	124202	IRIDOCISTECTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1125	124203	ESCISION DE LESION DE IRIS	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1126	124303	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA INTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1127	124304	ABLACION DE LESION DE CUERPO CILIAR VIA EXTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1128	124401	RESECCION DE LESION O TUMOR EN CUERPO CILIAR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1129	124402	IRIDOCICLECTOMIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
1130	125101	GONIOTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1131	125401	TRABECULOTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1132	125501	CICLODIALISIS (DESINSERCION PARCIAL DEL CUERPO CILIAR)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1133	126301	TRABECULECTOMIA AB-EXTERNO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1134	126303	VISCOCANALOSTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1135	126304	CANALOPLASTIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1136	126403	TRABECULECTOMIA CONVENCIONAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1137	126601	REVISION DE AMPOLLA FILTRANTE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1138	126603	SUTUROLISIS SUBCONJUNTIVAL DE COLGAJO ESCLERAL ASISTIDA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1139	126702	INSERCION DE DISPOSITIVO ANCLADO A ESCLERA	$ 1.472.535,89	1.472.535,89
1140	126703	INSERCION DE DISPOSITIVO VIA GONIOSCOPICA	$ 1.472.535,89	1.472.535,89
1141	126704	INSERCION DE DISPOSITIVO VIA EXTERNA	$ 1.472.535,89	1.472.535,89
1142	126705	REVISION ANTERIOR DE TUBO DE DISPOSITIVO	$ 1.096.961,09	1.096.961,09
1143	126706	REVISION DE DISPOSITIVO CON OBSTRUCCION POSTERIOR	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1144	126707	REVISION DE DISPOSITIVO VIA GONIOSCOPICA	$ 1.096.961,09	1.096.961,09
1145	126708	REVISION DE DISPOSITIVO VIA EXTERNA	$ 1.096.961,09	1.096.961,09
1146	127501	TRABECULOPLASTIA ASISTIDA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1147	128101	SUTURA DE LA ESCLERA [ESCLERORRAFIA]	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1148	128401	RESECCION DE TUMOR DE LA ESCLEROTICA. VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1149	128405	ABLACION DE LESION O TUMOR DE LA ESCLEROTICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1150	128801	ESCLEROPLASTIA SIMPLE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1151	128802	ESCLEROPLASTIA CON INJERTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1152	129101	PARACENTESIS TERAPEUTICA DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1153	129102	LAVADO DE CAMARA ANTERIOR DEL OJO	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
1154	129302	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR FAQUICO EN CAMARA ANTERIOR	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
1155	129303	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR FAQUICO EN CAMARA POSTERIOR	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
1156	130001	EXTRACCION INTRACAPSULAR DE CRISTALINO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1157	130002	EXTRACCION EXTRACAPSULAR MANUAL DE CRISTALINO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1158	130003	EXTRACCION EXTRACAPSULAR ASISTIDA DE CRISTALINO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1159	130004	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO EN PRESENCIA DE AMPOLLA FILTRANTE PREVIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1160	136401	RESECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA MANUAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1161	136402	RESECCION DE MEMBRANA SECUNDARIA ASISTIDA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1162	136504	CAPSULOTOMIA MANUAL	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
1163	136505	CAPSULOTOMIA ASISTIDA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
1164	137001	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA ANTERIOR DE APOYO ANGULAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1165	137002	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA ANTERIOR FIJADO AL IRIS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1166	137003	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR SOBRE RESTOS CAPSULARES	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1167	137004	INSERCIÓN DE LENTE INTRAOCULAR EN CÁMARA POSTERIOR FIJADO AL IRIS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1168	137005	INSERCION DE LENTE INTRAOCULAR EN CAMARA POSTERIOR FIJADO A ESCLERA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1169	137006	REPOSICIONAMIENTO DE LENTE INTRAOCULAR	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1170	137007	IMPLANTE DE DISPOSITIVO DE EXPANSION CAPSULAR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1171	138101	EXTRACCION DE LENTE INTRAOCULAR (PSEUDOCRISTALINO) DE CAMARA ANTERIOR O POSTERIOR	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1172	142004	ABLACION DE LESION CORIORETINAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1173	142005	ABLACION DE RETINA AVASCULAR	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1174	143401	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1175	143402	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA INTERNA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1176	143403	REPARACION ASISTIDA DE LESION RETINAL VIA EXTERNA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1177	143404	REPARACION DE LESION RETINAL POR RETINOPEXIA NEUMATICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1178	143501	REPARACION DE LESION RETINAL POR INDENTACION ESCLERAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1179	147101	VITRECTOMIA ANTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1180	147103	ASPIRACION DIAGNOSTICA DE VITREO	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1181	147104	VITRECTOMIA ANTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1182	147401	VITRECTOMIA POSTERIOR CON INSERCION DE SILICON O GASES	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1183	147402	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETINOPEXIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1184	147403	VITRECTOMIA POSTERIOR ASISTIDA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1185	147404	VITRECTOMIA POSTERIOR SIN INSERCION DE SILICON O GASES	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1186	147405	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE MATERIAL IMPLANTADO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1187	147406	VITRECTOMIA POSTERIOR CON RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1188	147407	VITRECTOMIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1189	147502	IMPLANTE INTRAVITREO	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1190	147503	VITREOLISIS ASISTIDA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1191	150101	BIOPSIA DE MUSCULO O TENDON EXTRAOCULAR	$ 677.916,61	677.916,61
1192	152001	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1193	152002	ALARGAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR CON INJERTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1194	152003	ACORTAMIENTO EN UN MUSCULO EXTRAOCULAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1195	154001	REINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1196	154002	REINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1197	154003	RETROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1198	154004	RETROINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1199	154005	ANTEROINSERCION DE MUSCULOS RECTOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1200	154006	ANTEROINSERCION DE MUSCULOS OBLICUOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1201	154007	RESECCION DE MUSCULOS RECTOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1202	154008	RESECCION DE MUSCULOS OBLICUOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1203	154009	TRANSPOSICION DE MUSCULOS EXTRAOCULARES A ESCLERA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
1204	157101	REPARACION DE LESION EN MUSCULO EXTRAOCULAR, TENDON O CAPSULA DE TENON	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1205	160101	ORBITOTOMIA CON COLGAJO OSEO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1206	163001	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR SIN IMPLANTE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1207	163002	EVISCERACION DEL GLOBO OCULAR CON IMPLANTE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1208	164001	ENUCLEACION SIMPLE	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1209	169001	INYECCION INTRAORBITARIA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 86.452,87	86.452,87
1210	169002	INYECCION INTRAPALPEBRAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 86.452,87	86.452,87
1211	169003	INYECCION SUBCONJUNTIVAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 86.452,87	86.452,87
1212	169004	INYECCION INTRACORNEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 86.452,87	86.452,87
1213	169007	INYECCION EN MUSCULOS EXTRAOCULARES DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 86.419,68	86.419,68
1214	170001	APICECTOMIA VIA INFRACOCLEAR	$ 199.322,82	199.322,82
1215	170002	APICECTOMIA VIA TRANSCOCLEAR	$ 199.322,82	199.322,82
1216	170003	APICECTOMIA VIA RETROLABERINTICA O TRANSLABERINTICA	$ 199.322,82	199.322,82
1217	170004	APICECTOMIA FOSA MEDIA	$ 199.322,82	199.322,82
1218	170005	PETROSECTOMIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
1219	170006	RESECCION PARCIAL DE HUESO TEMPORAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1220	170007	RESECCION SUBTOTAL DE HUESO TEMPORAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1221	170008	RESECCION TOTAL DE HUESO TEMPORAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1222	170009	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO VIA TRANSCANAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1223	170010	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y MASTOIDES VIA TRANSMASTOIDEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1224	170011	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA FOSA INFRATEMPORAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1225	170012	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA TRANSMASTOIDEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1226	170013	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA TRANSLABERINTICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1227	170014	RESECCION DE TUMOR O LESION DE OIDO MEDIO Y DEL FORAMEN YUGULAR VIA TRANSCOCLEAR O TRANSCONDILAR O TRANSOTICO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1228	180302	EXTRACCION DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1229	182401	ABLACION DE LESION DE OIDO EXTERNO POR COAGULACION, CAUTERIZACION, FULGURACION, CRIOTERAPIA U OTRA TECNICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1230	182402	ABLACION DE LESION DE OIDO EXTERNO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1231	182501	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLÓN AURICULAR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1232	183101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1233	185102	OTOPLASTIA CON REDUCCION DE TAMAÑO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1234	185104	PLASTIA EN LOBULO DE OREJA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1235	193002	ESTAPEDIOLISIS VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
1236	193201	REVISION DE ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1237	193202	REVISION DE ESTAPEDECTOMIA O ESTAPEDOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1238	194105	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA]	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1239	194106	CIERRE DE PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA [MIRINGOPLASTIA] VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1240	194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1241	194108	TIMPANOPLASTIA CON REVISION DE LA CADENA OSICULAR VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1242	199101	CIERRE DE FISTULA PERILINFATICA DE OIDO MEDIO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1243	199102	CIERRE DE FISTULA PERILINFATICA DE OIDO MEDIO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
1244	199301	MASTOIDOPLASTIA SOD	$ 426.595,80	426.595,80
1245	200102	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1246	200103	TIMPANOTOMIA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPANICA VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1247	200104	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1248	200105	TIMPANOSTOMIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1249	202101	DRENAJE DE COLECCION DE MASTOIDES	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1250	202301	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA	$ 677.916,61	677.916,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1251	202302	TIMPANOTOMIA EXPLORATORIA VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1252	202401	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA	$ 63.777,05	63.777,05
1253	202402	ASPIRACION DE OIDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA VIA ENDOSCOPICA	$ 63.777,05	63.777,05
1254	202501	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA INTRATIMPANICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1255	203101	BIOPSIA DE OIDO MEDIO E INTERNO	$ 677.916,61	677.916,61
1256	203102	BIOPSIA DE OIDO MEDIO E INTERNO VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1257	204001	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1258	204002	ATICO ANTROMASTOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1259	204003	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1260	204004	MASTOIDECTOMIA CON EPITIMPANECTOMIA O TIMPANOTOMIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1261	204201	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1262	204202	MASTOIDECTOMIA SIN PRESERVACION DE LA PARED POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1263	204301	DESFUNCIONALIZACION DE LA MASTOIDES	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1264	204302	DESFUNCIONALIZACION DE LA MASTOIDES VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1265	204303	CORRECCION DE DIVERTICULO DEL SENO SIGMOIDES	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1266	204304	CORRECCION DE DIVERTICULO DEL SENO SIGMOIDES VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1267	204305	CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN TIMPANICO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA TRANSMASTOIDEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1268	204306	CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN TIMPANICO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA FOSA MEDIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1269	204307	CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA TRANSMASTOIDEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1270	204308	CORRECCION DE DEFECTO OSEO EN EL TEGMEN MASTOIDEO BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA FOSA MEDIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1271	207301	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO CON DERIVACION	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1272	207302	DESCOMPRESION DE SACO ENDOLINFATICO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1273	207501	LABERINTECTOMIA Y VESTIBULOTOMIA. VIA TRANSMASTOIDEA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1274	207502	LABERINTECTOMIA O VESTIBULOTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1275	209001	CIERRE DE FISTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA TRANSMASTOIDEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1276	209002	CIERRE DE FISTULA DE CANALES SEMICIRCULARES BAJO VISION MICROSCOPICA O ENDOSCOPICA VIA FOSA MEDIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1277	209101	REVISION DE MASTOIDECTOMIAS O MASTOIDOPLASTIAS SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1278	209604	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE CONDUCCION OSEA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1279	209605	IMPLANTACION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE OIDO MEDIO	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1280	209701	REVISION DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1281	209801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1282	210001	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL	$ 128.026,01	128.026,01
1283	210002	CONTROL DE EPISTAXIS POR ABLACION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 128.036,53	128.036,53
1284	210101	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR VIA TRANSNASAL	$ 128.036,53	128.036,53
1285	210201	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL	$ 239.944,05	239.944,05
1286	210202	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO POSTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 239.944,05	239.944,05
1287	210203	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 239.944,05	239.944,05
1288	210402	CONTROL DE EPISTAXIS, POR LIGADURA DE ARTERIAS ETMOIDALES VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1289	211203	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ CON INCISION VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 95.878,06	95.878,06
1290	211204	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE NARIZ VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1291	212001	BIOPSIA NASAL VIA TRANSNASAL	$ 677.916,61	677.916,61
1292	212101	BIOPSIA NASAL VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
1293	212201	BIOPSIA NASAL VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1294	218002	RINECTOMIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
1295	218201	FISTULECTOMIA GINGIVONASAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1296	218504	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON IMPLANTE SINTETICO VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1297	218506	RINOPLASTIA DE AUMENTO CON INJERTO OSEO O CONDRAL VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1298	219009	ESCISION O ABLACION DE LESION INTRANASAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1299	219103	CORRECCION DE ATRESIA DE COANAS VIA TRANSPALATINA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1300	219106	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE CAVUM CON EXTENSION INTRACRANEANA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1301	219302	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1302	219303	TURBINOPLASTIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1303	219501	SEPTOPLASTIA PRIMARIA TRANSNASAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1304	219502	SEPTOPLASTIA PRIMARIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1305	219503	SEPTOPLASTIA EXTRACORPOREA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1306	219504	SEPTOPLASTIA REVISIONAL TRANSNASAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1307	219505	SEPTOPLASTIA REVISIONAL VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1308	219604	CIERRE DE PERFORACION SEPTAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1309	221401	NASOSINUSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1310	222108	ASPIRACION O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL	$ 63.777,05	63.777,05
1311	223101	ANTROTOMIA MAXILAR RADICAL VIA OROANTRAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1312	223902	ANTROTOMIA MAXILAR EXPLORATORIA VIA OROANTRAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1313	224103	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON COLGAJO OSTEOPLASTICO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1314	224104	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON FRONTOTOMIA RADICAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1315	224105	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CORONAL CON CRANEALIZACION DE SENO FRONTAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1316	224106	SINUSOTOMIA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA. SIN COLGAJO OSTEOPLASTICO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1317	224107	SINUSOTOMÍA FRONTAL VIA CILIAR CON TREPANACION OBLITERATIVA, CON COLGAJO OSTEOPLASTICO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1318	224206	SINUSECTOMIA FRONTAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1319	225001	ANTROSTOMIA MAXILAR REVISIONAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1320	225002	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR REVISIONAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1321	225003	ETMOIDECTOMIA POSTERIOR REVISIONAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1322	225004	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR REVISIONAL	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1323	225005	SINUSOTOMIA FRONTAL REVISIONAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1324	225006	ESFENOIDECTOMIA REVISIONAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1325	226101	ESCISION DE LESION DE SENO MAXILAR VIA OROANTRAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1326	226208	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1327	226301	FRONTO ETMOIDECTOMIA EXTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1328	226302	ETMOIDECTOMIA EXTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1329	226303	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR TRANSNASAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1330	226304	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1331	226305	ETMOIDECTOMIA ANTERIOR Y POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA TRANSNASAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1332	226403	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1333	226404	ESFENOIDECTOMIA VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1334	226405	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1335	226406	DRENAJE DE SENOS ESFENOIDALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1336	227001	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL	$ 39.683,09	39.683,09
1337	227002	CURACION DE SENOS PARANASALES VIA TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 39.683,09	39.683,09
1338	227101	CIERRE DE FÍSTULA OROANTRAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1339	227202	SINUPLASTIA ETMOIDAL	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1340	227203	SINUPLASTIA ESFENOIDAL	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
1341	227204	SINUPLASTIA MAXILAR	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1342	228103	CIERRE DE TROMPA DE EUSTAQUIO CON INJERTO O DISPOSITIVO TRANSNASAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
1343	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	$ 35.941,83	35.941,83
1344	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	$ 43.906,77	43.906,77
1345	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	$ 43.935,10	43.935,10
1346	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 20.266,91	20.266,91
1347	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 20.277,43	20.277,43
1348	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	$ 20.277,43	20.277,43
1349	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1350	232101	OBTURACION DENTAL CON AMALGAMA	$ 39.599,71	39.599,71

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1351	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	$ 68.458,08	68.458,08
1352	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	$ 50.512,66	50.512,66
1353	232104	OBTURACION DENTAL	$ 39.599,71	39.599,71
1354	232201	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	$ 20.266,91	20.266,91
1355	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL	$ 173.206,85	173.206,85
1356	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL	$ 347.974,32	347.974,32
1357	234202	RECONSTRUCCION DE MUÑONES	$ 348.210,68	348.210,68
1358	237102	PULPOTOMIA	$ 132.786,36	132.786,36
1359	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	$ 132.786,36	132.786,36
1360	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	$ 166.256,14	166.256,14
1361	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	$ 200.269,87	200.269,87
1362	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	$ 66.606,87	66.606,87
1363	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	$ 66.606,87	66.606,87
1364	237902	EXPLORACION Y MOVILIZACION DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1365	240401	DRENAJE DE COLECCION PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	$ 1.152.375,75	1.152.375,75
1366	241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCIA	$ 573.575,79	573.575,79
1367	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA CON CIERRE PRIMARIO	$ 573.575,79	573.575,79
1368	241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCIA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	$ 573.575,79	573.575,79
1369	241104	BIOPSIA DE ENCIA	$ 573.575,79	573.575,79
1370	241201	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	$ 573.575,79	573.575,79
1371	243106	ESCISION DE LESION MALIGNA DE ENCIA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1372	243201	SUTURA DE LACERACION DE ENCIA. MENOR DE TRES CENTIMETROS	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1373	249101	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRURGICA SOD	$ 103.460,14	103.460,14
1374	250001	BIOPSIA CERRADA (PUNCION O ASPIRACION) DE LENGUA	$ 677.916,61	677.916,61
1375	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)	$ 677.916,61	677.916,61
1376	252001	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1377	252002	RESECCION O ABLACION PARCIAL DE LENGUA	$ 911.289,58	911.289,58

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1378	252501	HEMIGLOSECTOMIA CON CIERRE PRIMARIO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1379	252506	HEMIGLOSECTOMIA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1380	252507	HEMIGLOSECTOMIA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1381	252508	HEMIGLOSECTOMIA CON RESECCION OSEA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1382	252509	HEMIGLOSECTOMIA CON RESECCION OSEA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1383	253401	GLOSECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1384	253402	GLOSECTOMIA TOTAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1385	254001	GLOSECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1386	254002	GLOSECTOMIA RADICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1387	255001	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUCOSO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1388	255002	GLOSOPEXIA ANTERIOR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1389	255003	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1390	255004	GLOSOPEXIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1391	255006	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1392	260101	SIALOLITOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1393	260302	DRENAJE DE GLANDULA SALIVAL VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
1394	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLANDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCION O ASPIRACION CON AGUJA FINA O TRUCUT)	$ 911.289,58	911.289,58
1395	261002	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	$ 911.289,58	911.289,58
1396	261003	BIOPSIA ABIERTA DE GLANDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	$ 911.289,58	911.289,58
1397	262001	MARSUPIALIZACIÓN DE LA RÁNULA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1398	262002	RESECCION DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1399	263101	PAROTIDECTOMIA DEL LOBULO SUPERFICIAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1400	263102	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1401	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1402	263203	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBLINGUAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1403	263204	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBMAXILAR (SUBMANDIBULAR)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1404	264001	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO VÍA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1405	264002	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1406	264003	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SIN INJERTO VÍA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1407	264004	CIERRE O REPARACION DE FISTULA SALIVAL SIN INJERTO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1408	264005	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) CON INJERTO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1409	264006	FISTULIZACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL	$ 911.289,58	911.289,58
1410	264007	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1411	264008	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1412	271101	DRENAJE DE COLECCION DE PALADAR VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1413	272101	BIOPSIA DE UVULA	$ 677.916,61	677.916,61
1414	272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR	$ 677.916,61	677.916,61
1415	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]	$ 677.916,61	677.916,61
1416	272402	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL	$ 677.916,61	677.916,61
1417	273105	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR OSEO	$ 911.289,58	911.289,58
1418	273201	ESCISIÓN O RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR ÓSEO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1419	273204	PALATECTOMIA DE PALADAR OSEO TOTAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1420	273301	ESCISION O RESECCION O ABLACION DE LESION SUPERFICIAL DE PALADAR BLANDO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1421	274901	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	$ 677.916,61	677.916,61
1422	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	$ 677.916,61	677.916,61
1423	275203	SUTURA DE LACERACION DE OTRA PARTE DE LA BOCA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1424	275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO O GENIHIODEO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1425	275802	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1426	275901	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1427	276101	PALATORRAFIA EN Z	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
1428	276207	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
1429	276210	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA POR ABLACION	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
1430	276211	PALATOPLASTIA POR ABLACION	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
1431	276212	PALATOPLASTIA CON COLGAJO UVULO-PALATAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1432	277201	RESECCION PARCIAL DE UVULA	$ 677.916,61	677.916,61
1433	277202	RESECCION TOTAL DE UVULA	$ 677.916,61	677.916,61
1434	278301	CIERRE VELOFARINGEO CON COLGAJO FARINGEO	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
1435	278401	CORRECCIÓN DE MACROSTOMA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1436	278402	CORRECCION DE MICROSTOMA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1437	280001	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALINAS VIA TRANSORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1438	280002	DRENAJE EN AMIGDALAS O ESTRUCTURAS PERIAMIGDALINAS VIA TRANSCERVICAL	$ 677.916,61	677.916,61
1439	282101	AMIGDALECTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1440	284101	RESECCION DE RESTOS ADENOAMIGDALINOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1441	286101	ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1442	286102	ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1443	287101	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1444	287102	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMIA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1445	287103	CONTROL DE HEMORRAGIA POS ADENOIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1446	289101	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES +	$ 677.916,61	677.916,61
1447	289102	BIOPSIA DE AMIGDALAS O VEGETACIONES ADENOIDES	$ 677.916,61	677.916,61
1448	289103	BIOPSIA DE ADENOIDES VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1449	290001	EXPLORACION DE AREA FARINGEA E HIPOFARINGEA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1450	290201	FARINGOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1451	290301	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1452	290303	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN FARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1453	290401	DRENAJE DE FARINGE VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
1454	290402	DRENAJE DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1455	291203	BIOPSIA DE NASOFARINGE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1456	291204	BIOPSIA DE OROFARINGE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1457	291205	BIOPSIA DE HIPOFARINGE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1458	293101	MIOTOMIA CRICOFARINGEA VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1459	293305	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1460	293306	RESECCION DE LESION O TUMOR BENIGNO DE FARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1461	293307	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1462	293309	DIVERTICULECTOMIA FARINGEA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1463	293310	DIVERCUTILOSTOMIA FARINGEA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1464	293311	DIVERCUTILOPEXIA FARINGEA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1465	293402	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1466	293403	FARINGECTOMIA TOTAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1467	293501	RESECCION RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1468	294001	DILATACION DE NASOFARINGE	$ 677.916,61	677.916,61
1469	294002	DILATACION DE OROFARINGE	$ 677.916,61	677.916,61
1470	294003	DILATACION DE HIPOFARINGE	$ 677.916,61	677.916,61
1471	294101	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1472	294102	CORRECCION DE ATRESIA NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1473	294201	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1474	294202	CORRECCION DE ESTENOSIS NASOFARINGEA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1475	294301	FISTULECTOMIA FARINGEA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1476	294401	LISIS DE ADHERENCIAS FARINGEAS VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1477	294402	LISIS DE ADHERENCIAS FARINGEAS VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1478	295103	FARINGORRAFIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
1479	295201	RESECCION DE FISTULA BRANQUIAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1480	295202	RESECCION DE QUISTE BRANQUIAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1481	300101	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1482	300103	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR (MARSUPIALIZACION) VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1483	300201	RESECCION DE LESION EN LARINGE VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1484	300202	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION EN LARINGE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1485	300401	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ANTERIOR [LARINGOFISURA]	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1486	300402	RESECCION O LISIS DE ADHERENCIAS DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1487	301001	LARINGECTOMIA SUPRACRICOIDEA CON CRICOHIODOEPIGLOTOPEXIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1488	301105	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1489	301106	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1490	301107	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA AMPLIADA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1491	301108	HEMILARINGECTOMIA SUPRAGLOTICA AMPLIADA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1492	301109	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1493	301110	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1494	301111	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1495	301112	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1496	301201	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1497	301202	EPIGLOTIDECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1498	301303	ARITENOIDECTOMIA BILATERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1499	301304	ARITENOIDECTOMIA BILATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1500	301305	ARITENOIDECTOMIA UNILATERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1501	301306	ARITENOIDECTOMIA UNILATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1502	301401	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1503	301402	CORDECTOMIA PARCIAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1504	301403	CORDECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1505	301404	CORDECTOMIA TOTAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1506	302001	SUTURA DE LACERACION DE LARINGE VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1507	302002	SUTURA DE LACERACION DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1508	302102	FISTULECTOMIA LARINGOTRAQUEAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1509	302103	FISTULECTOMIA LARINGOTRAQUEAL VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1510	302201	REVISION LARINGOSTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1511	302301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON SUTURA O ALAMBRE	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1512	302302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1513	302303	REDUCCION DE LUXACION DE ARITENOIDES VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1514	302304	REDUCCION DE LUXACION DE ARITENOIDES VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1515	302401	EPIGLOTOPLASTIA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1516	302402	EPIGLOTOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1517	302403	EPIGLOTOPEXIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1518	302404	EPIGLOTOPEXIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1519	302405	ARITENOPLASTIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1520	302406	ARITENOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1521	302407	ARITENOPEXIA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1522	302408	ARITENOPEXIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1523	302409	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1524	302410	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1525	302411	LARINGOPLASTIA DE MEDIALIZACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1526	302412	LARINGOPLASTIA CON INJERTO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1527	302501	REINERVACION EN LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1528	303201	LARINGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1529	304101	LARINGECTOMIA RADICAL VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1530	304102	EXANTERACION CERVICAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1531	305101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LARINGE VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1532	305102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN LARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1533	306001	NASOLARINGOSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1534	306004	LARINGOSCOPIA	$ 911.289,58	911.289,58
1535	306005	EVALUACION FUNCIONAL FARINGOLARINGEA VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
1536	306006	EVALUACION FUNCIONAL FARINGOLARINGEA DE LA DEGLUCION VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
1537	306101	BIOPSIA DE LARINGE VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1538	306102	BIOPSIA DE LARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1539	306201	DILATACION DE LARINGE	$ 677.916,61	677.916,61
1540	306301	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1541	306302	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN LARINGE VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1542	306401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO LARINGEO VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1543	306402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO LARINGEO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1544	306501	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA PERCUTANEA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1545	306502	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1546	306503	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA PERCUTANEA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1547	306504	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1548	306505	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1549	306506	INYECCION EN PLIEGUE VOCAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
1550	311101	CRICOTIROTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1551	311102	CRICOTIROTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1552	311301	TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1553	311302	TRAQUEOSTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1554	311401	PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL VIA PERCUTANEA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1555	311402	PUNCION (ASPIRACION) TRANSTRAQUEAL VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1556	313101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA VIA ABIERTA +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1557	313103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1558	313301	IMPLANTE O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1559	313302	IMPLANTE O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO TRAQUEOBRONQUIAL VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1560	313401	RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1561	314601	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1562	314602	BIOPSIA DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1563	315001	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1564	315003	RESECCION DE CARINA CON REIMPLANTACION BRONQUIAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1565	315104	RESECCION O ABLACION DE LESION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1566	315105	RECANALIZACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1567	317101	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1568	317102	SUTURA DE LACERACION DE TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1569	317202	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1570	317401	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1571	317402	REVISION DE TRAQUEOSTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1572	317511	LARINGOTRAQUEOESOFAGOPLASTIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1573	319001	TRAQUEOPEXIA ANTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1574	319002	TRAQUEOPEXIA POSTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1575	319003	TRAQUEOPEXIA MEDIANTE AORTOPEXIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1576	319004	TRAQUEOPEXIA CERVICAL CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1577	319201	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
1578	319203	DILATACION DE LA TRAQUEA VIA TRANSLARINGEA	$ 677.916,61	677.916,61
1579	319501	FISTULIZACION TRAQUEOESOFAGICA SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1580	319601	INYECCION INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1581	319602	INYECCION INTRATRAQUEAL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1582	320201	RESECCION DE LESION EN BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1583	320203	RECANALIZACION DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1584	321303	NEUMORRAFIA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1585	324101	LOBECTOMIA SEGMENTARIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1586	325101	NEUMONECTOMIA SIMPLE VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1587	332401	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1588	332501	BIOPSIA DE BRONQUIO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1589	332601	BIOPSIA PERCUTANEA DE PULMON CON AGUJA FINA O CORTANTE	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1590	332704	BIOPSIA DE PULMON POR TORACOSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1591	332801	BIOPSIA DE PULMON VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1592	332902	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1593	332903	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMON POR TORACOSCOPIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1594	340201	TORACOTOMIA EXPLORATORIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1595	340301	TORACOSTOMIA VIA ABIERTA CON RESECCION COSTAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1596	340302	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE TORACOSTOMIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1597	340401	TORACOSTOMIA CERRADA PARA DRENAJE	$ 911.289,58	911.289,58
1598	340501	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA PERCUTANEA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1599	340502	BIOPSIA DE LESION DE PARED TORACICA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1600	340601	ESCISION O ABLACION DE LESION DE PARED TORACICA POR TORACOTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1601	340701	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORACICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1602	340702	EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1603	340703	EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN PARED TORACICA POR TORACOSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1604	340801	SUTURA DE LACERACION DE PARED TORACICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1605	340901	CIERRE DE TORACOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1606	340904	RECONSTRUCCION DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1607	340909	RECONSTRUCCION DEL ESTERNON CON INTERPOSICION DE MUSCULOS	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1608	341101	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1609	341104	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1610	341105	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1611	341106	EXPLORACION Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1612	341107	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1613	341201	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA PERCUTANEA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1614	341202	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1615	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1616	341301	RESECCION DE QUISTE O TUMOR BENIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1617	341501	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA CON O SIN RESECCIÓN DE COSTILLA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1618	341502	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MEDIASTINO O LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS POR TORACOSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1619	342101	TORACOSCOPIA DIAGNOSTICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1620	345001	TORACENTESIS DIAGNOSTICA	$ 144.053,85	144.053,85
1621	345002	TORACENTESIS DE DRENAJE O DESCOMPRESIVA	$ 144.053,85	144.053,85
1622	345101	PLEURECTOMIA PARIETAL VIA ABIERTA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1623	345102	PLEURECTOMIA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1624	345201	PLEURODESIS QUIMICA VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
1625	345202	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1626	345203	PLEURODESIS QUIMICA POR TORACOSTOMIA CERRADA	$ 911.289,58	911.289,58
1627	345204	PLEURODESIS MECANICA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1628	345205	PLEURODESIS MECANICA POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1629	345301	DECORTICACION PULMONAR VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1630	345302	DECORTICACION PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1631	345401	BIOPSIA DE PLEURA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
1632	345402	BIOPSIAS DE PLEURA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1633	345403	BIOPSIAS DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1634	345501	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1635	345502	RESECCION DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1636	345503	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES VIA ABIERTA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
1637	345504	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1638	345601	COLOCACION DE CATETER PLEURAL PERMANENTE	$ 911.289,58	911.289,58
1639	348001	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1640	348002	BIOPSIA DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1641	348102	ESCISION TRANSTORACICA DE LESION O TEJIDO DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1642	348202	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1643	348204	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1644	348205	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA TRANSTORACICA POR TORACOSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1645	348301	FISTULECTOMIA TORACICOABDOMINAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1646	348302	FISTULECTOMIA TORACICOGASTRICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1647	348303	FISTULECTOMIA TORACICOINTESTINAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1648	348601	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1649	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION POR TORACOSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1650	349401	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1651	349402	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE INTERVENCIONES INTRATORACICAS POR TORACOSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1652	370101	PERICARDIOCENTESIS	$ 610.413,68	610.413,68
1653	370102	PERICARDIOCENTESIS GUIADA POR IMAGENES	$ 610.413,68	610.413,68
1654	371202	PERICARDIOTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1655	372501	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO TRANS ESOFAGICO +	$ 913.679,06	913.679,06
1656	372801	MAPEO ELECTROANATOMICO CONVENCIONAL	$ 2.638.488,48	2.638.488,48
1657	372802	MAPEO ELECTROANATOMICO TRIDIMENSIONAL	$ 2.638.471,48	2.638.471,48
1658	376701	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) UNIVENTRICULAR	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1659	376702	IMPLANTE DE UN SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA EXTERNO O INTERNO TEMPORAL (DISPOSITIVO NO IMPLANTABLE, FUERA DEL CUERPO PERO CONECTADO AL CORAZON) BIVENTRICULAR	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1660	378001	INSERCION [IMPLANTACION] DE MONITOR DE EVENTOS	$ 763.938,04	763.938,04
1661	378102	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASO TEMPORAL (TRANSITORIO) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 763.938,04	763.938,04
1662	378201	INSERCION [IMPLANTACION] DE MARCAPASOS UNICAMERAL	$ 2.611.507,22	2.611.507,22
1663	378401	INSERCION [IMPLANTACION] DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1664	378501	REVISION (REPROGRAMACION) DE MARCAPASOS	$ 239.944,05	239.944,05
1665	378502	REVISION (REPROGRAMACION) DE RESINCRONIZADOR CARDIACO	$ 239.944,05	239.944,05
1666	378503	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1667	378504	REVISION (REPROGRAMACION) DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR)	$ 239.944,05	239.944,05
1668	378505	REVISION (REPROGRAMACION) DE MONITOR DE EVENTOS	$ 239.944,05	239.944,05
1669	378506	REVISION DE ELECTRODO DE ESTIMULACION (AURICULAR O VENTRICULAR)	$ 239.944,05	239.944,05
1670	378507	REVISION DE ELECTRODO DE DESFIBRILACION	$ 239.944,05	239.944,05
1671	378508	REVISION DE ELECTRODO DE SENO CORONARIO	$ 239.944,05	239.944,05

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1672	378601	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1673	378602	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) UNICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1674	378603	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1675	378604	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) BICAMERAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1676	378605	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1677	378606	INSERCION [IMPLANTACION] DE CARDIOVERSOR (DESFIBRILADOR) CON RESINCRONIZADOR (CARDIORESINCRONIZADOR) VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1678	380110	TROMBOLISIS FARMACOLOGICA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVASCULAR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1679	380301	TROMBOLECTOMIA DE ARTERIA SUBCLAVIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1680	380302	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL AXILAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1681	380303	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL DE BRAZO O ANTEBRAZO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1682	380304	TROMBOLECTOMIA DE VENA SUBCLAVIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1683	380305	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA AXILAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1684	380306	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA DE BRAZO O ANTEBRAZO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1685	380307	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1686	380401	TROMBOEMBOLECTOMIA ARTERIAL TORACICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
1687	380402	TROMBOEMBOLECTOMIA VENOSA TORACICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
1688	380501	TROMBOEMBOLECTOMIA EN VASOS ESPINALES SOD +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1689	380601	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES VIA ABIERTA +	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1690	380603	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1691	380701	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES. VIA ABIERTA +	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1692	380702	TROMBOLISIS VENOSA ABDOMINAL. VIA ENDOVASCULAR +	$ 872.062,21	872.062,21
1693	380703	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS ABDOMINALES	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1694	380802	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1695	380803	TROMBOEMBOLECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1696	380902	TROMBOEMBOLECTOMIA INFRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1697	380904	TROMBOEMBOLECTOMIA DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1698	380910	TROMBOLISIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES. VIA ENDOVASCULAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1699	381101	ENDARTERECTOMIA DE LA CAROTIDA INTERNA PORCION INTRACRANEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1700	381303	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE BRAZO O ANTEBRAZO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1701	381304	ENDARTERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1702	381604	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1703	381801	ENDARTERECTOMIA SUPRAPATELAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1704	381802	ENDARTERECTOMIA INFRAPATELAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1705	381803	ENDARTERECTOMIA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1706	382101	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO SUPERFICIAL	$ 911.289,58	911.289,58
1707	382102	BIOPSIA DE VASO SANGUINEO PROFUNDO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1708	383107	RESECCION DE MALFORMACION VASCULAR SUPRATENTORIAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1709	383108	RESECCION DE MALFORMACION VASCULAR INFRATENTORIAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1710	383109	EMBOLIZACION DE MALFORMACION VASCULAR SUPRATENTORIAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1711	383110	EMBOLIZACION DE MALFORMACION VASCULAR INFRATENTORIAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1712	383304	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1713	383505	RESECCION DE MALFORMACIONES VASCULARES EN VASOS ESPINALES	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1714	383602	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1715	383701	RESECCION CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE VENAS ABDOMINALES	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1716	383702	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS ABDOMINALES	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
1717	383801	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA SUPRAPATELAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1718	383802	ANASTOMOSIS ARTERIAL PRIMARIA INFRAPATELAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1719	383803	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1720	383901	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL SUPRAPATELAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1721	383902	ANASTOMOSIS VENOSA TERMINO TERMINAL INFRAPATELAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1722	383903	RESECCION CON ANASTOMOSIS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1723	384203	ESCISION CON SUSTITUCION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1724	384304	RESECCION CON SUSTITUCION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1725	384801	RESECCION ARTERIAL SUPRAPATELAR CON INJERTO AUTOLOGO O PROTESIS	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1726	385107	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1727	385113	REVASCULARIZACION CEREBRAL	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1728	385201	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA I Y III DEL CUELLO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1729	385301	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA DE SUBCLAVIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1730	385302	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS AXILARES	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1731	385303	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS EN BRAZO O ANTEBRAZO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1732	385304	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1733	385320	OCLUSION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES. VIA ENDOVASCULAR	$ 958.069,88	958.069,88
1734	385402	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS ESPINALES	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
1735	385501	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS TORACICOS	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1736	385520	OCLUSION DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1737	385601	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES. UNA O MAS (SELECTIVAS)	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1738	385701	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES. UNA O MAS	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1739	385702	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VENAS INTRAABDOMINALES	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1740	385801	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL SUPRAPATELAR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1741	385802	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL INFRAPATELAR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1742	385803	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1743	385901	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA SUPRAPATELAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1744	385902	OCLUSION. PINZAMIENTO O LIGADURA VENOSA PROFUNDA INFRAPATELAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1745	385904	LIGADURA ENDOSCOPICA DE PERFORANTES +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1746	385905	OCLUSION, PINZAMIENTO O LIGADURAS DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1747	385906	LIGADURA DE VENAS PERFORANTES, VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1748	386101	TOMA DE INJERTO ARTERIAL SOD	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
1749	386201	TOMA DE INJERTO VENOSO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1750	386301	ESCLEROSIS DE LESION EN VASOS SANGUINEOS VIA PERCUTANEA	$ 1.464.032,66	1.464.032,66
1751	386302	ESCLEROSIS DE LESION DE VASOS SANGUINEOS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1752	386401	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAVASCULAR (ARTERIAL) (VENOSO), VIA ABIERTA	$ 2.611.507,22	2.611.507,22
1753	387201	LIGADURA DE VENA CAVA (INFERIOR) (SUPERIOR) SOD	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1754	387301	INSERCION DE IMPLANTE O FILTRO EN VENA CAVA (SUPERIOR O INFERIOR) SOD +	$ 2.176.479,42	2.176.479,42
1755	388701	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS ABDOMINALES	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1756	388801	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS PELVICAS POR LAPAROTOMIA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1757	388901	LIGADURA Y ESCISION SUPRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1758	388902	LIGADURA Y ESCISION INFRAPATELAR DE VENAS VARICOSAS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1759	388903	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA EXTERNA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1760	388904	LIGADURA Y ESCISION DE SAFENA INTERNA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1761	388905	LIGADURA Y ESCISION DE VENAS VARICOSAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1762	389001	COLOCACION DE CATETER ARTERIAL FEMORAL O BRAQUIAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1763	389002	COLOCACION CATETER ARTERIAL PERIFERICO (LINEA ARTERIAL)	$ 198.417,05	198.417,05
1764	389101	IMPLANTACION DE CATETER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1765	389102	INSERCION DE CATETER YUGULAR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1766	389103	INSERCION DE CATETER CENTRAL, VIA PERIFERICA	$ 755.375,73	755.375,73
1767	389104	INSERCION DE CATETER CENTRAL VIA ABIERTA	$ 755.375,73	755.375,73
1768	389105	INSERCION DE CATETER CENTRAL MINIMAMENTE INVASIVA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1769	389106	INSERCION DE DISPOSITIVO DE ACCESO VASCULAR IMPLANTABLE	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1770	389107	INSERCION DE CATETER PERMANENTE	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1771	389108	INSERCION DE CATETER EN VENA CAVA VIA TRANSLUMBAR (TRANSCAVO)	$ 2.176.421,95	2.176.421,95
1772	389201	CATETERISMO DE VENA UMBILICAL SOD	$ 90.203,03	90.203,03
1773	389301	CATETERISMO O CANALIZACION DE VENA SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1774	389401	DISECCION VENOSA SOD +	$ 90.268,60	90.268,60
1775	389501	CATETERIZACION VENOSA PARA DIALISIS RENAL SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1776	389901	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA SOD +	$ 150.133,60	150.133,60
1777	390201	ANASTOMOSIS (INJERTO) SUBCLAVIA-PULMONAR SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1778	391201	DERIVACION YUGULO-CAVA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1779	391202	DERIVACION YUGULO- ATRIAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1780	391701	DERIVACION PORTO-CAVA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1781	391702	DERIVACION MESENTERICO-CAVA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1782	391703	DERIVACION ESPLENO-RENAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1783	391704	DERIVACION PORTO-SISTEMICA TRANSYUGULAR INTRAHEPATICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1784	392001	DERIVACION O PUENTE VASCULAR EXTRACRANEAL-INTRACRANEANO SOD	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
1785	392202	DERIVACION O PUENTE AXILO-AXILAR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1786	392203	DERIVACION O PUENTE SUBCLAVIO-SUBCLAVIO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1787	392401	DERIVACION AORTA-RENAL SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1788	392501	DERIVACION AORTO-FEMORAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1789	392502	DERIVACION AORTO-ILIACA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1790	392503	DERIVACION O PUENTE ILIO-FEMORAL	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1791	392601	DERIVACION O PUENTE FEMORO-FEMORAL (CRUZADO)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1792	392602	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL UNILATERAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1793	392603	DERIVACION O PUENTE AXILO-FEMORAL BIFEMORAL (CRUZADO)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1794	392604	DERIVACION AORTICO-MESENTERICO SUPERIOR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1795	392605	DERIVACION ILIO-FEMORAL POR AGUJERO OBTURADOR	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1796	392801	DERIVACION (INJERTO) AXILAR-BRAQUIAL	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1797	392802	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-PERONEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1798	392803	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-POPLITEO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1799	392804	DERIVACION (INJERTO) O PUENTE FEMORO-TIBIAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1800	392805	DERIVACION O PUENTES DE VASOS PERIFERICOS	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1801	393201	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA I Y III DEL CUELLO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1802	393202	SUTURA DE ARTERIAS EN ZONA II DEL CUELLO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1803	393204	SUTURA DE VENAS ZONA II DE CUELLO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1804	393205	SUTURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1805	393301	SUTURA DE ARTERIA SUBCLAVIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1806	393302	SUTURA DE ARTERIA AXILAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1807	393303	SUTURA DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1808	393304	SUTURA DE VENA AXILAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1809	393305	SUTURA DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1810	393306	RECONSTRUCCION DE VASOS PERIFERICOS EN MANO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1811	393307	SUTURA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1812	393601	SUTURA DE ARTERIAS ABDOMINALES SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1813	393701	SUTURA DE VENAS ABDOMINALES SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1814	393804	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1815	393805	SUTURA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1816	393806	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1817	393807	SUTURA INFRAPATELAR DE ARTERIAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1818	393904	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1819	393905	SUTURA SUPRAPATELAR DE VENAS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1820	393906	SUTURA INFRAPATELAR DE VENAS VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1821	395018	ANGIOPLASTIA DE VASOS CERVICALES CON O SIN IMPLANTE DE DISPOSITIVO	$ 2.418.286,82	2.418.286,82
1822	395104	ANGIOPLASTIA QUIMICA DE VASOS INTRACRANEALES	$ 931.600,19	931.600,19

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1823	395220	REPARACION DE ANEURISMA DE AORTA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1824	395301	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1825	395302	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 958.069,88	958.069,88
1826	395303	CIERRE DE FISTULA ARTERIOVENOSA MINIMAMENTE INVASIVA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1827	395304	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1828	395305	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL MINIMAMENTE INVASIVA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1829	395306	CIERRE DE FISTULA ARTERIOARTERIAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1830	395307	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1831	395309	CIERRE DE FISTULA VENOVENOSA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1832	395601	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE DE TEJIDO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1833	395701	REPARACION DE VASO SANGUI NEO CON INJERTO DE PARCHE SINTETICO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1834	395801	REPARACION DE VASO SANGUINEO CON INJERTO DE PARCHE NO ESPECIFICADO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1835	397203	EXPLORACION DE ARTERIAS EN ZONA II DE CUELLO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1836	397205	EXPLORACION DE VENA EN ZONA I Y III DEL CUELLO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1837	397207	EXPLORACION DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1838	397301	EXPLORACION DE ARTERIA SUBCLAVIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1839	397302	EXPLORACION DE ARTERIA AXILAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1840	397303	EXPLORACION DE ARTERIA DE BRAZO O ANTEBRAZO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1841	397304	EXPLORACION DE VENA SUBCLAVIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1842	397305	EXPLORACION DE VENA AXILAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1843	397306	EXPLORACION DE VENA DE BRAZO O ANTEBRAZO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1844	397307	EXPLORACION DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
1845	397401	EXPLORACION DE AORTA ABDOMINAL SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1846	397501	EXPLORACION DE VASOS TORACICOS POR ESTERNOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1847	397601	EXPLORACION DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1848	397701	EXPLORACION DE VENAS ABDOMINALES SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1849	397801	EXPLORACION ARTERIAL SUPRAPATELAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1850	397802	EXPLORACION ARTERIAL INFRAPATELAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1851	397803	EXPLORACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1852	397901	EXPLORACION VENOSA SUPRAPATELAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1853	397902	EXPLORACION VENOSA INFRAPATELAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1854	397903	EXPLORACION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1855	398001	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMODECTOMIA) SIN ESCISION DE LA CAROTIDA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1856	399401	SUSTITUCION O REVISION DE CANULA VASO A VASO SOD	$ 239.953,76	239.953,76
1857	399501	HEMODIALISIS ESTANDAR CON BICARBONATO +	$ 1.325.566,42	1.325.566,42
1858	399601	PERFUSION DE CUERPO ENTERO EN ASISTENCIA CIRCULATORIA	$ 311.827,70	311.827,70
1859	399701	PERFUSION LOCAL (REGIONAL) DIRIGIDA CON CATETER	$ 392.572,36	392.572,36
1860	399702	PERFUSION LOCAL	$ 392.572,36	392.572,36
1861	399802	HEMOFILTRACION VENOVENOSA CONTINUA(CVVH)	$ 1.325.566,42	1.325.566,42
1862	399804	HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA	$ 1.325.566,42	1.325.566,42
1863	399902	RETIRO DE CATETER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
1864	401001	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON TINCION	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1865	401002	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON RADIOMARCACION	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1866	401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFICIAL	$ 911.289,58	911.289,58
1867	401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1868	401201	BUSQUEDA DE LESION OCULTA RADIOGUIADA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
1869	402101	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL PROFUNDO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1870	402201	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO MAMARIO INTERNO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1871	402301	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO AXILAR VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
1872	402401	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL SOD	$ 911.289,58	911.289,58
1873	402501	ESCISION DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1874	402601	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1875	403001	ESCISION DE GANGLIO LINFATICO REGIONAL EXTENDIDA ALAREA DE DRENAJE LINFATICO.INCLUSO PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1876	404001	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1877	404002	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1878	404003	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1879	404004	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1880	404401	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1881	404402	VACIAMIENTO LINFATICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1882	405304	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1883	405305	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1884	405306	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1885	405307	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOILIACO BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1886	405404	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1887	405405	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1888	405406	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1889	405407	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1890	405408	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1891	405409	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1892	405411	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1893	405412	LINFADENECTOMIA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1894	405502	RESECCION RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1895	405503	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCÓPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1896	405601	VACIAMIENTO RADICAL EPITROCLEAR VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1897	405602	VACIAMIENTO RADICAL POPLITEO VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1898	406201	FISTULIZACION DE CONDUCTO TORACICO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1899	406402	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO POR TORACOSCOPIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
1900	406501	DERIVACION LINFOVENOSA SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1901	406601	LIGADURA (OBLITERACION) EN EL AREA ILIACA SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
1902	407101	ANASTOMOSIS DE VASOS LINFATICOS DE GRUESO CALIBRE	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1903	407201	LINFANGIORRAFIA SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1904	407301	LINFANGIOPLASTIA SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
1905	413101	BIOPSIA POR ASPIRACION DE MEDULA OSEA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1906	413201	BIOPSIA DE BAZO VIA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
1907	413202	BIOPSIA DE BAZO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1908	413204	BIOPSIA DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1909	414101	MARSUPIALIZACION DE QUISTE ESPLENICO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1910	414201	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1911	414202	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1912	414301	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1913	414302	ESPLENECTOMIA PARCIAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1914	414401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1915	414402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL BAZO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1916	414501	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1917	414502	ESCISION DE BAZO ACCESORIO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1918	415102	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1919	415103	ESPLENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCÓPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1920	416102	ESPLENORRAFIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1921	416103	ESPLENORRAFIA VIA LAPAROSCÓPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1922	419101	ASPIRACION DE MEDULA OSEA DE DONANTE SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1923	419201	INYECCION O INFUSION DE MEDULA OSEA SOD	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1924	420101	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1925	420102	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1926	420103	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA TORACOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1927	420104	DRENAJE DE COLECCION DE ESOFAGO POR ESOFAGOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1928	421101	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1929	421102	ESOFAGOSTOMIA CON MIOTOMIA CERVICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1930	422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISION	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1931	422002	ESOFAGOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1932	422003	ESOFAGOSCOPIA VIA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNOSTICA SIN BIOPSIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
1933	422004	INYECCION EN ESOFAGO DE SUSTANCIA PROFILACTICA O TERAPEUTICA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
1934	422601	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1935	422602	BIOPSIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1936	423001	DIVERTICULOSTOMIA DE ESOFAGO TRANSORAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1937	423103	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1938	423104	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO CERVICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1939	423105	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1940	423106	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1941	423107	DIVERTICULECTOMIA DE ESOFAGO VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1942	423204	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO CERVICAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1943	423205	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1944	423206	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO TORACICO VIA TORACOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1945	423207	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1946	423208	RESECCION DE LESION O TUMOR DE ESOFAGO ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1947	423301	POLIPECTOMIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1948	423302	CONTROL DE HEMORRAGIA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1949	423304	INYECCION (ESCLEROSIS) DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1950	423305	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1951	423306	ABLACION DE LESION ESOFAGICA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1952	423308	RESECCION DE LESION MUCOSA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1953	423309	RESECCION DE LESION SUBMUCOSA DE ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1954	424101	ESOFAGECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1955	424102	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA TORACOSCÓPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1956	424103	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1957	424201	ESOFAGECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1958	424202	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA TORACOSCÓPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1959	424203	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1960	425101	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1961	425102	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA TORACOSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1962	425103	ESOFAGOESOFAGOSTOMIA INTRATORACICA O CERVICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1963	425201	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
1964	425202	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA TORACOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1965	425203	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1966	425204	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON TUBO GASTRICO VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1967	425205	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON TUBO GASTRICO VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1968	425206	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON ASCENSO GASTRICO RETROESTERNAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1969	425207	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON ASCENSO GASTRICO RETROESTERNAL POR TORACOSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1970	425208	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON ASCENSO GASTRICO MEDIASTINAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1971	425209	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON ASCENSO GASTRICO MEDIASTINAL POR TORACOSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1972	425301	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1973	425302	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA TORACOSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1974	425303	RECONSTRUCCION O ANASTOMOSIS ESOFAGICA CON INTERPOSICION DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
1975	425801	CIERRE DE PERFORACION O FISTULA ESOFAGICA VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1976	427101	ESOFAGOTOMIA CERVICAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1977	427102	ESOFAGOTOMIA CERVICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
1978	427201	ESOFAGOTOMIA TRANSTORACICA CON MIOTOMIA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1979	427301	ESOFAGOTOMIA CON MIOTOMIA EN ESPIRAL SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
1980	427401	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1981	427402	ESOFAGOCARDIOMIOTOMIA ABDOMINAL O TORACICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1982	428201	ESOFAGORRAFIA POR CERVICOTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1983	428202	ESOFAGORRAFIA POR TORACOTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1984	428203	ESOFAGORRAFIA POR TORACOSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
1985	428301	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1986	428501	REPARACION DE ESTENOSIS ESOFAGICA SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1987	428601	CREACION DE TUNEL SUBCUTANEO SIN ANASTOMOSIS ESOFAGICA SOD	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1988	428701	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA VIA ABIERTA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
1989	428702	REPARACION DE ATRESIA ESOFAGICA POR TORACOSCOPIA	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
1990	429102	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TRANSECCION GASTRICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1991	429103	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOTOMIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
1992	429104	LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS POR TORACOSCOPICA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
1993	429209	DILATACION ESOFAGICA CON DISPOSITIVO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
1994	429301	INSERCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1995	429401	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO. VIA CERVICAL+	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
1996	429402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O LESION LOCALIZADA EN ESOFAGO CON REPARO PRIMARIO, VIA TRANSTORACICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
1997	429405	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESOFAGO +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
1998	429501	INSERCION DE OTRO DISPOSITIVO ESOFAGOGASTRICO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
1999	429601	REPOSICIONAMIENTO DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2000	429602	EXTRACCION DE DISPOSITIVO EN ESOFAGO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2001	430102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2002	430103	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO MULTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMIA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2003	431001	GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2004	431002	GASTROSTOMIA VIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2005	431003	GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2006	433101	PILOROMIOTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2007	433102	PILOROMIOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2008	434001	ESCISION DE POLIPOS GASTRICOS VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2009	434101	LIGADURA ENDOSCOPICA DE VARICES GASTRICAS§	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2010	434102	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE ESCLEROTERAPIA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2011	434103	CONTROL ENDOSCOPICO DE HEMORRAGIA GASTRICA MEDIANTE CORRIENTE BIPOLAR +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2012	434201	RESECCION DE LESION O TUMOR SUBMUCOSO GASTRICO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2013	434501	MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA GASTRICA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2014	436101	GASTRODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2015	436102	GASTRODUODENOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2016	437101	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2017	437102	GASTROYEYUNOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2018	438101	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2019	438102	GASTRECTOMIA SUBTOTAL RADICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
2020	438301	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2021	438302	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2022	438303	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2023	438304	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSION PILORICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2024	438401	GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] VIA ABIERTA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
2025	438501	REINTERVENCION O REVISION DE GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] VIA ABIERTA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
2026	438502	REINTERVENCION O REVISION DE GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] POR LAPAROSCOPIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2027	438503	CONVERSION DE GASTRECTOMIA VERTICAL [MANGA GASTRICA] A OTRA CIRUGIA VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2028	439001	GASTRECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2029	439002	GASTRECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2030	439003	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2031	439004	GASTRECTOMIA TOTAL RADICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2032	439101	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2033	439102	RECONSTRUCCION GASTRICA CON INTERPOSICION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2034	439201	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2035	439202	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2036	439301	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2037	439302	ESOFAGOGASTRECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2038	440102	DISECCION DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMIA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2039	440103	DISECCION DEL VAGO TRONCAL [VAGOTOMIA TRONCAL] CON O SIN PILOROPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2040	440110	VAGOTOMIA TRONCAL (SERIOTOMIA ANTERIOR) VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2041	440201	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2042	440202	VAGOTOMIA SELECTIVA O SUPRASELECTIVA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2043	441101	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2044	441102	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
2045	441201	GASTROSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2046	441301	ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2047	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2048	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2049	441304	MARCACION DE LESION EN ESOFAGO ESTOMAGO O DUODENO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2050	441501	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2051	441502	BIOPSIA DE ESTOMAGO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2052	442101	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2053	442102	DILATACION DE PILORO MEDIANTE INCISION VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2054	442201	DILATACION DE PILORO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2055	442202	DILATACION DE ANASTOMOSIS GASTROENTERICA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2056	442401	PILOROPLASTIA VÍA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2057	442402	PILOROPLASTIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2058	444001	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2059	444002	SUTURA DE ÚLCERA PERFORADA CON O SIN VAGOTOMIA CON EPIPLOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2060	444101	SUTURA DE ÚLCERA GASTRICA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2061	444102	SUTURA DE ÚLCERA GASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2062	444201	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2063	444202	SUTURA DE ÚLCERA DUODENAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2064	444305	CONTROL DE HEMORRAGIA GASTRICA O DUODENAL CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2065	445101	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2066	445102	REANASTOMOSIS DEL ESTOMAGO POR DEHISCENCIA DE LA SUTURA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2067	446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2068	446201	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2069	446301	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2070	446303	CIERRE DE PERFORACION O FISTULA GASTRICA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2071	446401	GASTROPEXIA VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2072	446501	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2073	446502	ESOFAGOGASTROPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2074	446601	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTROESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO, VIA INFERIOR TRANSTORACICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2075	446602	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR. VIA ABDOMINAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2076	446603	REINTERVENCION EN ANTIRREFLUJO GASTROESOFAGICO CON RECONSTRUCCION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR.	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2077	446604	CIRUGIA ANTIRREFLUJO GASTROESOFAGICO MAS RECONSTRUCCION DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2078	449001	ABLACION DE LESION GASTRICA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2079	449101	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2080	449102	LIGADURA DE VARICES GASTRICAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2081	449201	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2082	449202	MANIPULACION INTRAOPERATORIA DE ESTOMAGO (REDUCCION DE VOLVULO) VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2083	449301	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2084	449302	INSERCION DE DISPOSITIVO PERIGASTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2085	449304	REVISION DE DISPOSITIVO PERIGASTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2086	449306	CONVERSION DE CIRUGIA CON DISPOSITIVO PERIGASTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) A OTRA CIRUGIA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2087	449401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO INTRAGASTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2088	449402	EXTRACCION DE DISPOSITIVO PERIGASTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2089	449501	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2090	449502	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGASTRICO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2091	449601	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2092	449602	BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2093	449701	DERIVACION BILIOPANCREATICA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2094	449702	DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2095	449801	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2096	449803	CONVERSION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO A OTRA CIRUGIA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2097	449804	CONVERSION DE CIRUGIA TIPO BAIPAS O DERIVACION O PUENTE GASTRICO A OTRA CIRUGIA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2098	449901	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO DERIVACION BILIOPANCREATICA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2099	449902	REINTERVENCION O REVISION DE CIRUGIA TIPO DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2100	449905	REVERSION DE DERIVACION BILIOPANCREATICA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2101	449906	REVERSION DE DERIVACION BILIOPANCREATICA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2102	450001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2103	450002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTESTINAL POR ENTEROTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2104	450601	DRENAJE DE COLECCION DE DIVERTICULO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2105	451101	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO DELGADO SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2106	451201	ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2107	451302	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2108	451303	INSERCION ENDOSCOPICA DE DISPOSTIVO DUODENAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2109	451304	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2110	451305	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2111	451306	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUES DE DUODENO CON BIOPSIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2112	451307	CONTROL DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO CON DISPOSITIVO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2113	451308	RESECCION O ABLACION DE LESION DE INTESTINO DELGADO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2114	451309	DILATACION DE INTESTINO DELGADO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2115	451310	MARCACION DE LESION EN INTESTINO DELGADO VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2116	451501	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2117	451502	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2118	452101	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRÚRGICA) VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2119	452102	ENDOSCOPIA TRANSABDOMINAL DE INTESTINO GRUESO (INTRAQUIRÚRGICA) VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2120	452201	ENDOSCOPIA DE INTESTINO GRUESO A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2121	452301	COLONOSCOPIA TOTAL §	$ 1.448.206,38	1.448.206,38
2122	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACION O CROMOENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2123	452304	MARCACION DE LESION EN COLON VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2124	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	$ 1.448.206,38	1.448.206,38
2125	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RIGIDA +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2126	452502	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO ESCALONADA VIA ENDOSCOPICA (10 O MAS)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2127	452601	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2128	452602	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2129	453101	OTRA ELIMINACION O ESCISION DE LESION DE DUODENO SOD	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2130	453304	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2131	453306	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2132	454101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2133	454203	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2134	454205	MUCOSECTOMIA DE COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
2135	454206	DISECCION DE LA SUBMUCOSA EN COLON O RECTO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2136	454207	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (1- 3)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2137	454208	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (4 - 10)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2138	454209	RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (11 O MAS)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2139	454210	ABLACION DE LESION EN INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2140	455201	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2141	456001	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2142	456101	RESECCION SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2143	456201	DUODENECTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2144	456202	YEYUNECTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2145	456203	ILECTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2146	456301	RESECCION TOTAL DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2147	456401	RESECCION INTESTINAL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2148	456501	RESECCION INTESTINAL TOTAL (OBTENCION DE ORGANO)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2149	456502	RESECCION INTESTINAL PARCIAL (OBTENCION DE ORGANO)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2150	457001	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2151	457002	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] POR VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
2152	457101	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2153	457102	COLECTOMIA PARCIAL CON COLOSTOMIA O ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2154	457201	CECECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2155	457202	CECECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2156	457301	HEMICOLECTOMIA DERECHA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2157	457401	RESECCION DE COLON TRANSVERSO VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2158	457501	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2159	457601	SIGMOIDECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2160	458101	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2161	458301	COLECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2162	458302	COLECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2163	458401	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA ABIERTA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
2164	458402	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
2165	459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2166	459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2167	459201	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2168	459202	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2169	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2170	459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2171	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2172	459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2173	459501	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACION DE RESERVORIO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2174	459503	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACION DE RESERVORIO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2175	459504	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2176	459505	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2177	460103	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2178	460104	EXTERIORIZACION DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2179	461301	COLOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2180	461302	COLOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2181	463201	YEYUNOSTOMIA PERCUTANEA (ENDOSCOPICA) SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2182	464001	REMODELACION DE ESTOMA INTESTINAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2183	464003	REUBICACION DE ESTOMA INTESTINAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2184	464004	REUBICACION DE ESTOMA INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2185	465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2186	465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2187	465201	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2188	465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2189	466101	ILEOPEXIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2190	466201	PLICATURA INTESTINAL [OPERACION DE NOBLE] SOD +	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2191	466302	CECOCOLOPEXIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2192	467001	ENTERORRAFIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2193	467002	ENTERORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2194	467201	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2195	467202	CIERRE DE FISTULA DE DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2196	467401	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2197	467402	CIERRE DE FISTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2198	467601	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2199	467602	CIERRE DE FISTULA ENTEROCOLICA (UNA O MAS) VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2200	467701	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2201	467702	CIERRE DE FISTULA ENTEROCUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2202	467806	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2203	467807	CORRECCION DE ATRESIA DE INTESTINO CON PLASTIA PROXIMAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2204	467808	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2205	467809	CORRECCION DE ATRESIA DE DUODENO, YEYUNO E ILEON VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2206	467810	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2207	467811	CORRECCION DE ATRESIAS INTESTINALES MULTIPLES VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2208	467812	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2209	467813	CORRECCION DE ATRESIA DE COLON VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2210	467901	RESECCION INTESTINAL Y DE QUISTE POR PERITONITIS MECONIAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2211	467902	RESECCION DE DUPLICACION INTESTINAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2212	467903	ANASTOMOSIS ILEO-COLICA LATEROLATERAL POR AGANGLIOSIS	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2213	467906	REPARACION O CIERRE DE PERFORACION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2214	468001	CORRECCION DE MALROTACION INTESTINAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2215	468011	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2216	468012	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2217	468013	MOVILIZACION DE INTESTINO GRUESO VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2218	468014	MOVILIZACION DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2219	468015	REDUCCION INTESTINAL SIN RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2220	468016	REDUCCION INTESTINAL CON RESECCION INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2221	468020	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE DILATACION AGUDA DE COLON (OGILVIE) +	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2222	468021	DESCOMPRESION ENDOSCOPICA DE VOLVULO DE COLON (SIGMOIDE) +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2223	468101	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2224	468102	DESPLAZAMIENTO DE CONTENIDO INTESTINAL POR ENDOSCOPIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2225	468501	DILATACION DEL COLON POR COLONOSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2226	469101	MIOTOMIA DEL COLON SIGMOIDEO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2227	469201	MIOTOMIA DE OTRAS PARTES DEL COLON SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2228	469401	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2229	469402	REINTERVENCION DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2230	469501	PERFUSION LOCAL DE INTESTINO DELGADO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2231	469601	PERFUSION LOCAL DE INTESTINO GRUESO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2232	469701	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO DELGADO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2233	469702	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2234	471110	APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2235	471102	APENDICECTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
2236	480101	PROCTOTOMIA. VIA ABDOMINAL O PERINEAL SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2237	482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2238	482201	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA A TRAVES DEL ESTOMA ARTIFICIAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2239	482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2240	482401	BIOPSIA CERRADA (ENDOSCOPICA) DE RECTO O SIGMOIDE SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2241	482501	BIOPSIA ABIERTA DE RECTO O SIGMOIDE SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2242	482601	BIOPSIA DE TEJIDO PERIRRECTAL SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2243	482701	MANOMETRIA ANORECTAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2244	483101	ABLACION DE LESION O TEJIDO RECTAL O ANAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2245	483801	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO. VIA RECTAL ABIERTA +	$ 677.916,61	677.916,61
2246	483802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RECTO. VIA ABDOMINAL +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2247	485001	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2248	485002	PROCTECTOMIA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2249	485003	PROCTECTOMIA VIA TRANS-SACRA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2250	485004	PROCTOSIGMOIDECTOMIA ABORDAJE PERINEAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2251	485401	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2252	485402	PROCTECTOMIA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2253	486201	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2254	486202	RESECCION ANTERIOR DE RECTO VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2255	486501	RESECCION DE MUÑON RECTAL POST-DUHAMEL SOD	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2256	486701	RESECCION DE LESION O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2257	486702	RESECCION DE LESION O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2258	486801	RESECCION DE RECTO CON RECONSTRUCCION TIPO PULL-THROUGH	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2259	487101	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2260	487102	SUTURA DE LACERACION DE RECTO [PROCTORRAFIA] VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2261	487301	FISTULECTOMIA RECTO-VAGINAL CON COLOSTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2262	487302	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2263	487303	FISTULECTOMIA RECTO-URETRAL CON COLOSTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2264	487501	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2265	487502	PROCTOPEXIA ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2266	487602	CORRECCION DE PROLAPSO POR RESECCION DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS. VIA PERINEAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2267	487603	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2268	487604	RECTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2269	487605	COLPOPROCTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2270	487606	COLPOPROCTOPEXIA VENTRAL ANTERIOR VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2271	487607	PROCTOSIGMOIDOPEXIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2272	487701	DESCENSO RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2273	487702	DESCENSO RECTAL VIA ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2274	487704	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2275	487705	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL POR AGANGLIOSIS VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2276	487706	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
2277	487707	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROTOMIA	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
2278	487708	DESCENSO RECTAL ABDOMINOPERINEAL ENDOANAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
2279	487901	REPARACION DE LESION OBSTETRICA ANTIGUA DE RECTO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2280	487902	REPARACION DE RECTO PROLAPSADO POR INFILTRACION PERIRRECTAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2281	487903	CORRECCION DE ATRESIA RECTAL. VIA SAGITAL POSTERIOR +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2282	487904	CORRECCION DE LA ESTENOSIS RECTAL VIA SAGITAL POSTERIOR +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2283	487905	REPARACION DE LA ESTENOSIS RECTAL CON RESECCION DE ANILLO RECTAL +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2284	488101	DRENAJE DE COLECCION RECTAL	$ 677.916,61	677.916,61
2285	488103	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
2286	488104	DRENAJE DE COLECCION PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PELVICA POR LAPAROSCOPIA	$ 677.916,61	677.916,61
2287	488201	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIRRECTAL (RETRORECTAL) VIA PERINEAL O TRANSACRA	$ 911.289,58	911.289,58
2288	489001	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MUSCULO) VÍA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2289	489101	INCISION DE ESTENOSIS RECTAL SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2290	489201	MIOMECTOMIA ANO-RECTAL SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2291	489301	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2292	489302	REPARACION DE FISTULA PERIRRECTAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2293	489401	DILATACION INSTRUMENTAL ENDOSCOPICA DE RECTO SOD	$ 677.916,61	677.916,61
2294	489501	CORRECCION DE EXTROFIA DE CLOACA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2295	489601	CORRECCION DE CLOACA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2296	490101	DRENAJE DE COLECCION ISQUIORRECTAL SOD	$ 911.289,58	911.289,58
2297	490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
2298	490401	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2299	492101	ANOSCOPIA CON MAPEO	$ 677.916,61	677.916,61
2300	492201	BIOPSIA DE TEJIDO PERIANAL SOD	$ 677.916,61	677.916,61
2301	492301	BIOPSIA DE ANO SOD	$ 677.916,61	677.916,61
2302	492401	ELECTROESTIMULACION PERINEAL	$ 690.679,14	690.679,14
2303	492501	EVALUACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE CLOACA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2304	494001	LIGADURA DE HEMORROIDES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2305	494004	RESECCION DE HEMORROIDES INTERNAS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2306	494005	RESECCION DE HEMORROIDES EXTERNAS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2307	494201	INYECCION (ESCLEROSIS) EN HEMORROIDES	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2308	494301	CAUTERIZACION DE HEMORROIDES SOD	$ 677.916,61	677.916,61
2309	494701	EVACUACION EN HEMORROIDES TROMBOSADAS	$ 677.916,61	677.916,61
2310	495001	ESFINTEROTOMÍA ANAL VÍA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
2311	497101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE ANO	$ 677.916,61	677.916,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2312	497110	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTETRICOS QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL (GRADO III) §	$ 677.916,61	677.916,61
2313	497201	IMPLANTACION DE UN DISPOSITIVO ANAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2314	497301	FISTULECTOMIA ANO-VESTIBULAR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2315	497302	FISTULECTOMIA ANO-PERINEAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2316	497303	FISTULECTOMIA ANO-VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2317	497401	TRANSPOSICION DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL. VIA SAGITAL POSTERIOR +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2318	497402	TRANSPOSICION DEL MUSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2319	497502	RECONSTRUCCION DE ANO. POR ATRESIA ANAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2320	497503	ESFINTEROPLASTIA ANAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2321	497504	ANOPLASTIA POR ESTENOSIS	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2322	497505	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VAGINAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2323	497506	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL. VIA SAGITAL POSTERIOR	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2324	497507	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-VESICAL. VIA COMBINADA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2325	497508	CORRECCION DE ANO IMPERFORADO Y FISTULA RECTO-URETRAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2326	497509	PLASTIA DE ANO [ANOPLASTIA]	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2327	497510	COLGAJO LOCAL (MUCOSO O SUBMUCOSO) ENDORECTAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2328	497511	COLGAJO O TRANSPOSICION MUSCULAR PERINEAL O PERIRRECTAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2329	497601	REVISION DE DISPOSITIVO EN ANO	$ 677.916,61	677.916,61
2330	497602	RETIRO DE DISPOSITIVO EN ANO	$ 677.916,61	677.916,61
2331	499101	INCISION DE TABIQUE ANAL SOD	$ 911.289,58	911.289,58
2332	499301	INYECCION DE SUSTANCIA MIORELAJANTE EN ESFINTER ANAL	$ 672.763,68	672.763,68
2333	499401	REDUCCION DE PROLAPSO ANAL SOD	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2334	499501	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSOPERATORIA) DE ANO SOD	$ 677.916,61	677.916,61
2335	499601	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE SOD	$ 677.916,61	677.916,61
2336	500101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2337	500102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAHEPATICO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2338	501001	BIOPSIA ABIERTA DE HIGADO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2339	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE HIGADO	$ 911.289,58	911.289,58
2340	501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HIGADO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2341	502001	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2342	502002	RESECCION DEL DOMO DE QUISTE HEPATICO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2343	502101	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2344	502102	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA PERCUTÁNEA	$ 479.034,94	479.034,94
2345	502103	DRENAJE DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2346	502205	HEPATECTOMIA PARCIAL SEGMENTARIA DE DONANTE	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2347	502206	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2348	502207	RESECCION EN CUÑA DE HIGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2349	502208	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2350	502209	HEPATECTOMIA DE UN SEGMENTO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2351	502210	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2352	502211	HEPATECTOMIA DE DOS SEGMENTOS VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2353	502212	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2354	502213	HEPATECTOMIA TRISEGMENTARIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2355	502214	HEMIHEPATECTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2356	502215	HEMIHEPATECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2357	502403	ABLACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2358	502404	ABLACION DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2359	502405	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2360	502406	ENUCLEACION DE LESION HEPATICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2361	504001	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) SIN CIRUGIA DE BANCO VIA ABIERTA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2362	504101	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) CON CIRUGIA DE BANCO CON REDUCCION ANATOMICA	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
2363	504102	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) CON CIRUGIA DE BANCO CON DIVISION ANATOMICA	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
2364	504103	HEPATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DE ORGANO) CON CIRUGIA DE BANCO VIA ABIERTA	$ 7.715.445,69	7.715.445,69

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2365	506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2366	506104	HEPATORRAFIA SIMPLE VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2367	506105	HEPATORRAFIA MÚLTIPLE VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2368	506106	HEPATORRAFIA MÚLTIPLE VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2369	506201	HEPATOPEXIA SOD	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2370	509101	ASPIRACION DE HIGADO VIA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
2371	509401	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN HIGADO SOD	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
2372	510001	COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2373	510002	COLECISTOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 709.079,47	709.079,47
2374	510003	COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2375	510004	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2376	510005	CIERRE DE COLECISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2377	510101	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2378	510102	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON DRENAJE O EXTRACCION DE CALCULOS VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2379	510301	DRENAJE BILIAR VIA PERCUTANEA Y COLOCACION DE DISPOSITIVO	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2380	510302	DRENAJE BILIAR VIA ENDOSCOPICA Y COLOCACION DE DISPOSITIVO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2381	511001	COLANGIO-PANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2382	511102	COLANGIOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (TRANSDUODENAL)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2383	511501	MEDICION DE LA PRESION DEL ESFINTER DE ODDI SOD	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2384	511601	COLANGIOGRAFIA VIA ABIERTA	$ 199.322,82	199.322,82
2385	511602	COLANGIOGRAFIA VIA LAPAROSCÓPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2386	511701	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2387	511702	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
2388	511703	BIOPSIA DE VESICULA BILIAR O VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
2389	511704	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
2390	511705	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2391	511706	BIOPSIA ESFINTER DE ODDI VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2392	511707	BIOPSIA DE VIA BILIAR POR COLEDOCOSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2393	512101	COLECISTECTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2394	512104	COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2395	512201	FULGURACION DE LESIONES POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2396	512301	LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2397	512302	LITOTRIPSIA INTRADUCTAL POR COLEDOSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2398	512503	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2399	512504	RESECCION DE QUISTE DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
2400	512505	RESECCION DE QUISTES DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA Y VALVULA ANTIRREFLUJO VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2401	512506	RESECCION DE QUISTES DEL COLEDOCO CON DERIVACION BILIODIGESTIVA Y VALVULA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2402	512601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2403	513201	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2404	513202	ANASTOMOSIS DE VESICULA BILIAR A INTESTINO VIA LAPAROSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2405	513601	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2406	513602	COLEDOCODUODENOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2407	513701	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2408	513702	HEPATICOYEYUNOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2409	513703	PORTOENTEROSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2410	514001	EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2411	514002	EXPLORACIÓN DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCÓPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2412	514004	COLEDOCOSCOPIA INTRAOPERATORIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2413	514301	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2414	514302	RE EXPLORACION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2415	514401	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2416	514402	INSERCION DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPATICO PARA DESCOMPRESION VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2417	516101	ESCISION DE CONDUCTO CISTICO REMANENTE (MUÑON CISTICO) VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2418	516102	ESCISION DE CONDUCTO CISTICO REMANENTE (MUÑON CISTICO) VIA LAPAROSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2419	516201	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMIA) CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2420	516202	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMIA) CON REIMPLANTACION DE COLEDOCO VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2421	516401	ESCISION DE LESION EN LAS VIAS BILIARES VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2422	516402	ESCISION DE LA AMPOLLA DE VATER VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2423	517101	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2424	517102	SUTURA SIMPLE DE COLEDOCO VIA LAPAROSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2425	517201	COLEDOCOPLASTIA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2426	517202	COLEDOCOPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2427	517301	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2428	517302	RECONSTRUCCION DE VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2429	518101	DILATACION DE ESFINTER DE ODDI	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2430	518301	ESFINTEROPLASTIA VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2431	518302	ESFINTEROPLASTIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2432	518401	DILATACION ENDOSCOPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2433	518402	DILATACION PERCUTANEA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2434	518501	ESFINTERECTOMIA Y PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA SOD	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
2435	518601	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOBILIAR SOD	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2436	518801	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DE LAS VIAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2437	518901	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2438	518902	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2439	518903	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA PERCUTANEA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2440	518904	INSERCION DE DISPOSITIVO EN VIA BILIAR VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2441	519101	REPARACIÓN DE LESION DE VESICULA BILIAR SOD	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2442	519301	CIERRE DE FISTULA BILIAR VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2443	519401	REVISION DE ANASTOMOSIS DE LAS VIAS BILIARES VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2444	519402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE LAS VIAS BILIARES VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2445	519501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2446	519502	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2447	519503	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE VIA BILIAR VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2448	519601	EXTRACCION DE CALCULOS EN VIA BILIAR VIA PERCUTANEA	$ 778.549,35	778.549,35
2449	519701	INSERCION DE CATETER BILIAR SOD +	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
2450	520101	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2451	520102	DRENAJE DE COLECCION DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2452	520201	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2453	520202	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2454	521001	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2455	521002	BIOPSIA DE PANCREAS VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2456	521003	BIOPSIA DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2457	521004	BIOPSIA DE PANCREAS VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2458	521401	BIOPSIA DE DUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2459	522201	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2460	522202	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2461	522203	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2462	523101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2463	523102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2464	523201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO PANCREATICO VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2465	524001	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2466	524002	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2467	524102	DRENAJE TRANSAMPULAR ENDOSCOPICO DE SEUDOQUISTE PANCREATICO+	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2468	524401	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREATICO POR CISTOENTEROSTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2469	524402	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREATICO POR CISTOENTEROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2470	525001	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2471	525002	PANCREATECTOMIA CENTRAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
2472	525101	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2473	525102	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2474	525203	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2475	525204	PANCREATECTOMIA DISTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2476	525205	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2477	525206	PANCREATECTOMIA DISTAL CON PRESERVACION DE BAZO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2478	525301	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2479	525302	PANCREATECTOMIA SUBTOTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2480	525401	PANCREATECTOMIA PARCIAL (OBTENCION DEL ORGANO) VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2481	525402	PANCREATECTOMIA PARCIAL (OBTENCION DEL ORGANO) VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2482	526101	PANCREATECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2483	526102	PANCREATECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2484	526201	PANCREATECTOMIA TOTAL (OBTENCION DEL ORGANO) VIA ABIERTA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
2485	527101	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2486	527102	PANCREATICODUODENECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
2487	527201	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA ABIERTA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
2488	527202	PANCREATICODUODENECTOMIA PROXIMAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2489	529401	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS DEL CONDUCTO PANCREATICO SOD	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2490	529503	FISTULECTOMIA DE PANCREAS VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2491	529504	FISTULECTOMIA DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.681.956,53	3.681.956,53
2492	529505	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2493	529506	SUTURA SIMPLE DE PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2494	529603	ANASTOMOSIS DEL PANCREAS VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2495	529605	ANASTOMOSIS DEL PANCREAS VIA ENDOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2496	529606	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2497	529607	ANASTOMOSIS PANCREATOENTERICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2498	529608	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2499	529609	PANCREATOYEYUNOSTOMIA TERMINO LATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2500	529701	INSERCION ENDOSCOPICA DE TUBO DE DRENAJE NASOPANCREATICO SOD	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2501	529801	DILATACION ENDOSCOPICA DE DUCTO PANCREATICO SOD	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2502	530001	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2503	530002	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2504	530003	HERNIORRAFIA INGUINAL INDIRECTA UNILATERAL POR MICROCIRUGIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2505	530301	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2506	530401	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2507	530601	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2508	530602	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2509	531001	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2510	531002	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2511	531003	HERNIORRAFIA INGUINAL INDIRECTA BILATERAL POR MICROCIRUGIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2512	531501	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2513	531601	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2514	531701	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2515	534001	HERNIORRAFIA UMBILICAL VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2516	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2517	534301	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2518	535001	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2519	535101	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2520	535204	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2521	535301	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2522	536001	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2523	536101	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2524	536102	HERNIORRAFIA OBTURADORA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2525	536201	HERNIORRAFIA ISQUIATICA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2526	536301	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2527	536501	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2528	536601	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2529	536602	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2530	536701	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2531	536801	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2532	536802	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2533	536803	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2534	536804	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2535	536901	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2536	536902	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2537	536903	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2538	536904	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2539	537001	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2540	537002	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA TORACOSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2541	537301	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2542	537302	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA TORACOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2543	537304	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA REPRODUCIDA VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2544	537305	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA REPRODUCIDA VIA TORACOSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2545	537401	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2546	537402	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA TORACOSCÓPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2547	537403	REPARACIÓN DE HERNIA PARAESTERNAL [MORGAGNI] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2548	540004	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2549	540005	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2550	540007	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2551	540008	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2552	540010	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
2553	540011	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	$ 478.992,04	478.992,04
2554	540013	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2555	540014	DRENAJE DE COLECCION INTRAPERITONEAL VIA PERCUTANEA	$ 478.992,04	478.992,04
2556	540015	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2557	540101	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2558	541101	LAPAROTOMIA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2559	541102	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2560	541501	EXPLORACIÓN DE ESPACIO RETROPERITONEAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2561	541504	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2562	541506	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2563	541507	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ORGANOS RETROPERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2564	541601	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2565	541602	RESECCION DE LESION BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2566	541701	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2567	541702	LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2568	541703	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2569	541704	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO VIA LAPAROSCÓPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2570	541801	MARSUPIALIZACION ABDOMINAL POR PANCREATITIS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2571	541901	CITORREDUCCION VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2572	541902	CITORREDUCCION VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2573	542001	EXPLORACION INGUINAL VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2574	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2575	542102	LAPAROSCOPIA DE PRECISION (ESTADIFICACION)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2576	542201	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 573.575,79	573.575,79
2577	542202	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2578	542302	BIOPSIA DE PERITONEO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2579	542303	BIOPSIA DE PERITONEO VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2580	542304	BIOPSIA DE PERITONEO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2581	542401	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2582	542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2583	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VIA PERCUTANEA	$ 109.119,78	109.119,78
2584	542802	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA PERCUTANEA	$ 109.119,78	109.119,78
2585	542803	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VIA LAPAROSCÓPICA	$ 10.912,14	10.912,14
2586	542901	BIOPSIA POR PUNCION Y ASPIRACION GUIADA POR ECOENDOSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2587	543101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
2588	543201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2589	543301	ESCISION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACION DE COLGAJO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2590	543303	RESECCION DE LESION AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2591	544104	OMENTECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2592	544105	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2593	544106	OMENTECTOMIA TOTAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2594	544107	OMENTECTOMIA TOTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2595	544201	ONFALECTOMIA SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2596	545001	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2597	545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2598	546101	NUEVO CIERRE DE DISRUPCION POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACION) SOD +	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2599	546201	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACION SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2600	547001	CORRECCION PARCIAL DE GASTROSQUISIS CON DISPOSITIVO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2601	547101	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS INTRAPARTO	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2602	547102	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2603	547103	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2604	547201	CORRECCION PARCIAL DE ONFALOCELE CON DISPOSITIVO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2605	547202	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2606	547203	CORRECCION TOTAL DE ONFALOCELE CON SEPARACION DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2607	547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACION DE MALLA +	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2608	547403	EVENTRORRAFIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2609	547404	EVENTRORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2610	547501	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2611	547502	REPARACION DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2612	547503	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2613	547504	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2614	547505	RECONSTRUCCION DE PARED ABDOMINAL ANATOMICA Y FUNCIONAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2615	547601	RESECCION DE QUISTE VITELINO O SENO UMBILICAL VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2616	547701	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2617	547702	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2618	547703	SUSTITUCION O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VIA ABIERTA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2619	549002	INSERCION DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2620	549004	COLOCACION DE CATETER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2621	549005	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2622	549006	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA PERCUTANEA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2623	549007	COLOCACION DE CATETER PARA DIALISIS PERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2624	549011	RETIRO DE CATETER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2625	549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIALISIS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2626	549013	RETIRO DE OTRO CATETER PERITONEAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2627	549201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO). POR LAPAROTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2628	549202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAPERITONEAL (O DIU PERDIDO). POR LAPAROSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2629	549501	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2630	549701	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DE ACCION LOCAL EN CAVIDAD PERITONEAL SOD	$ 233.372,97	233.372,97
2631	549801	DIALISIS PERITONEAL MANUAL	$ 664.260,45	664.260,45
2632	549802	DIALISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA	$ 664.260,45	664.260,45
2633	550101	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR NEFROTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2634	550102	EXPLORACION DE RIÑON POR NEFROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2635	550104	DRENAJE DE COLECCION RENAL POR NEFROTOMIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2636	550201	NEFROSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2637	550202	NEFROSTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2638	550203	NEFROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2639	551101	EXPLORACION DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2640	551102	EXPLORACION DE PELVIS RENAL POR PIELOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2641	551201	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2642	551202	PIELOSTOMIA O INSERCION DE TUBO PARA DRENAJE DE PELVIS RENAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2643	551204	RETIRO DE PIELOSTOMIA	$ 239.944,05	239.944,05
2644	552601	BIOPSIA RIÑON POR LUMBOTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2645	552602	BIOPSIA RIÑON POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2646	552603	BIOPSIA DE RIÑON VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2647	552604	BIOPSIA DE RIÑON VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2648	552605	BIOPSIA DE RIÑON VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2649	552606	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES POR LUMBOTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2650	552607	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2651	552608	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2652	552609	BIOPSIA TEJIDOS PERIRRENALES VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2653	553101	ESCISION LOCAL O ABLACIÒN DE LESION RENAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2654	553102	RESECCION ENDOSCOPICA DE LESION PIELICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2655	553103	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL VIA PERCUTANEA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2656	553104	ESCISION LOCAL O ABLACION DE LESION RENAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
2657	553105	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2658	553106	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA PERCUTANEA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2659	553108	ABLACION DE LESION EN PELVIS RENAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2660	554001	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2661	554002	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LUMBOTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2662	554003	NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2663	554102	HEMINEFRECTOMIA POR LUMBOTOMIA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
2664	554103	HEMINEFRECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
2665	554111	HEMINEFRECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2666	555101	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO DE VEJIGA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2667	555102	NEFROURETERECTOMIA TOTAL (UNILATERAL)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2668	555201	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LUMBOTOMIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2669	555202	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO POR LAPAROTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2670	555203	NEFRECTOMIA DE RIÑON RESIDUAL O UNICO VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2671	555601	NEFRECTOMIA (OBTENCION DE ORGANO) +	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2672	555603	NEFRECTOMIA DE DONANTE VIVO POR LUMBOTOMIA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
2673	555604	NEFRECTOMIA DE DONANTE VIVO POR LAPAROTOMIA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
2674	555605	NEFRECTOMIA DE DONANTE VIVO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
2675	555606	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LUMBOTOMIA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
2676	555607	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2677	555608	RESECCION DE RIÑON UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMIA SIMPLE] VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
2678	555702	NEFRECTOMIA RADICAL POR LUMBOTOMIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2679	555703	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2680	555721	NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2681	557001	NEFROPEXIA POR VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2682	558101	NEFRORRAFIA O SUTURA DE LACERACION RENAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2683	558202	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2684	558203	CIERRE DE NEFROSTOMIA O PIELOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2685	558301	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2686	558501	SINFISIOTOMIA DE RIÑON EN HERRADURA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2687	558502	SINFISIOTOMIA DE RIÑON EN HERRADURA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2688	558605	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2689	558606	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2690	558607	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
2691	558608	NEFROENTEROSTOMIA CUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2692	558720	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (POR ENDOPIELOTOMIA O ANTEROGRADA)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2693	558740	PIELOPLASTIA ENDOSCOPICA (RETROGRADA)	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2694	558801	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2695	558811	LIBERACION DE ADHERENCIAS PIELICAS O URETEROPIELICAS POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2696	559101	COLOCACION DE DISPOSITIVO (CATETER DOBLE J) ANTEROGRADO DE RIÑON A VEJIGA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2697	559210	RENOPUNCION O PUNCION RENAL PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2698	559220	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION O QUISTE RENAL +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2699	559301	REEMPLAZO DE CATETER DE NEFROSTOMIA SOD	$ 239.944,05	239.944,05
2700	559401	REEMPLAZO DE CATETER DE PIELOSTOMIA SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2701	559501	PERFUSIÓN LOCAL DE RIÑÓN SOD	$ 280.167,03	280.167,03
2702	559601	INYECCION RENAL ESCLEROSANTE. VIA PERCUTANEA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2703	561101	MEATOTOMIA URETERAL VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2704	561102	MEATOTOMIA URETERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2705	562101	EXPLORACION DE URETER POR URETEROTOMIA (VIA ABIERTA)	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2706	563102	URETEROSCOPIA RETROGRADA DIAGNOSTICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2707	563301	BIOPSIA DE URETER ANTEROGRADA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2708	563311	BIOPSIA DE URETER RETROGRADA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2709	563401	BIOPSIA DE URETER VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2710	563510	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO ILEAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2711	563520	ENDOSCOPIA (FLEXIBLE) DEL CONDUCTO COLONICO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2712	564101	URETERECTOMIA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2713	564111	URETERECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2714	564120	ESCISION DE LESION URETERAL O PARA URETERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2715	564130	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2716	564140	ACORTAMIENTO O REMODELACION DE URETER CON REIMPLANTACION URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2717	564201	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2718	564211	URETERECTOMIA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2719	565101	URETEROILEOSTOMIA CUTANEA [CIRUGIA DE BRICKER]	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2720	565201	URETEROSIGMOIDOSTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2721	565202	ANASTOMOSIS URETEROCOLONICA TUNELIZADA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2722	565301	APENDICOVESICOSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2723	565410	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2724	565601	URETEROENTEROSTOMIA CUTANEA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2725	565610	URETEROCOLOSTOMIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2726	565710	URETERONEOPROCTOSTOMIA (ANASTOMOSIS DE URETERES A RECTO AISLADO IN SITU) [OPERACION DE HEINZ-BOYER]	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2727	565901	REVISION DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2728	566001	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2729	566002	URETEROSTOMIA CUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2730	566201	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2731	567401	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2732	567402	URETERONEOCISTOSTOMIA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACION URETEROVESICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2733	567403	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2734	567404	URETERONEOCISTOSTOMIA CON TECNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2735	567405	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2736	567406	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2737	567501	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2738	568201	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2739	568301	CIERRE DE URETEROSTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2740	568401	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2741	568403	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2742	568404	FISTULECTOMIA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2743	568701	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2744	568901	INJERTO DE URETER VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2745	568903	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2746	568904	RESECCION DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URETER IPSILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2747	568905	RESECCION ENDOSCOPICA DE URETEROCELE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2748	568906	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2749	569001	DILATACION DE MEATO URETERAL	$ 86.419,68	86.419,68
2750	569002	DILATACION URETERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2751	569101	LIGADURA DE URETER VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2752	570101	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2753	570501	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2754	570503	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2755	570504	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA POR ABLACION	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2756	571102	CISTOTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2757	571103	CISTOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2758	571210	CISTOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2759	571220	CISTOSTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2760	572101	VESICOSTOMIA (CUTANEA)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2761	572201	REVISION DE VESICOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2762	573101	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2763	573103	CISTOSCOPIA A TRAVES DE ESTOMA TRAUMATICO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2764	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2765	573301	BIOPSIA UNICA O SIMPLE DE VEJIGA POR CISTOSCOPIA +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2766	573302	BIOPSIA MULTIPLE O MAPEO VESICAL POR CISTOSCOPIA +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2767	573401	BIOPSIA UNICA DE VEJIGA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2768	573402	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2769	573501	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2770	574101	ABLACION TRANSURETRAL DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES SOD	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2771	574201	RESECCION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2772	574202	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESION VESICAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2773	574203	ABLACION DE LESION VESICAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2774	575103	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2775	575104	RESECCION DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2776	575105	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2777	575106	RESECCION DE FISTULA URACAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2778	575107	RESECCION DE URACO VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2779	575108	RESECCION DE URACO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2780	575202	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL. VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2781	575203	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2782	576001	CISTECTOMIA PARCIAL, VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2783	576060	RESECCIÓN DE CUELLO VESICAL TRANSVESICAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2784	576061	RESECCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CUELLO VESICAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2785	577301	EXTIRPACION TOTAL DE VEJIGA URINARIA [CISTECTOMIA] VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2786	577302	EXTIRPACION TOTAL DE VEJIGA URINARIA [CISTECTOMIA] VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2787	577303	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2788	577305	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2789	577307	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, PROSTATA, VESICULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMIA] VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
2790	577309	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2791	577310	ESCISION O REMOCION DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2792	577313	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE ORTOTOPICA) VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2793	577315	CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL MAS DERIVACION URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTOTOPICA) VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2794	578101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO VESICAL [CISTORRAFIA] VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2795	578201	CIERRE DE CISTOSTOMIA (FISTULECTOMIA VESICO-CUTANEA)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2796	578202	CIERRE DE VESICOSTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2797	578303	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2798	578305	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2799	578401	FISTULECTOMIA CERVICO-VESICAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2800	578402	FISTULECTOMIA VESICO-VAGINAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2801	578403	FISTULECTOMIA UTERO-VESICAL (VESICOUTERINA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2802	578450	FISTULECTOMIA URETRO-PERINEO-VESICAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2803	578501	PLICATURA DE ESFINTER VESICAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2804	578601	REPARACION DE EXTROFIA VESICAL SOD	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2805	578701	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO AISLADO DE ILEON	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2806	578702	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2807	578703	AMPLIACION DE VEJIGA CON SEGMENTO DE ESTOMAGO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2808	578704	ILEO-CECO-CISTOPLASTIA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2809	578801	ANASTOMOSIS DE VEJIGA CON SEGMENTO INTESTINAL	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2810	578802	ANASTOMOSIS CISTOCOLICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
2811	578901	CISTOPEXIA (SUSPENSION VESICAL)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2812	578910	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTETRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV) §	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2813	579101	ESFINTEROTOMIA VESICAL CERRADA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2814	579102	ESFINTEROTOMIA DE VEJIGA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2815	579201	DILATACION DE CUELLO VESICAL SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2816	579401	INSERCION DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	$ 49.083,99	49.083,99
2817	579501	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	$ 49.083,99	49.083,99
2818	579901	ASPIRACION DE VEJIGA VIA PERCUTANEA	$ 112.405,32	112.405,32
2819	579930	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN VEJIGA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2820	579950	PROCEDIMIENTO ANTI-INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2821	580010	RESECCION O ESCISION DE TABIQUE URETRAL	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2822	580050	URETROTOMIA INTERNA ENDOSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2823	580051	URETROTOMIA INTERNA POR ABLACION	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2824	580101	URETROSTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2825	580110	URETROSTOMIA PERINEAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2826	581010	MEATOTOMIA URETRAL EXTERNA +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2827	582101	URETROSCOPIA PERINEAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2828	582301	BIOPSIA DE URETRA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2829	582302	BIOPSIA DE URETRA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2830	582401	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2831	582402	BIOPSIA DE TEJIDO PERIURETRAL VIA PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2832	583101	FULGURACION ENDOSCOPICA DE LESIONES URETRALES	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2833	583103	RESECCION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO URETRAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2834	583201	FULGURACION DE LESIONES URETRALES. VIA ABIERTA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2835	583203	RESECCION O ABLACION ABIERTA DE LESION O TEJIDO URETRAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2836	583230	URETRECTOMIA SIMPLE. VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2837	583240	URETRECTOMIA RADICAL. VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2838	584101	URETRORRAFIA FEMENINA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2839	584102	URETRORRAFIA PENEANA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2840	584103	URETRORRAFIA PERINEAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2841	584201	CIERRE DE URETROSTOMIA SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2842	584301	CIERRE DE FISTULA URETRORECTAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2843	584302	CIERRE DE FISTULA URETRO-PERINEO-ESCROTAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2844	584303	RESECCION DE FISTULA URETROCUTANEA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2845	584304	CIERRE DE FISTULA URETRO-VAGINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2846	584305	CIERRE DE FISTULA DE NEOURETRA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2847	584401	ANASTOMOSIS DE URETRA - URETRA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2848	584402	REVISION DE ANASTOMOSIS DE URETRA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2849	584501	CORRECCION DE EPISPADIAS O HIPOSPADIAS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2850	584530	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO [MAGPI]	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2851	584601	URETROPLASTIA TRANSPUBICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2852	584602	URETROPLASTIA CON OTROS TEJIDOS (CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2853	584603	URETROPLASTIA PERINEAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2854	584701	MEATOPLASTIA URETRAL SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2855	584901	MARSUPIALIZACION DE DIVERTICULO URETRAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2856	585001	LIBERACION DE ADHERENCIAS EN URETRA [URETROLISIS]	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2857	585010	MEATOTOMIA URETRAL INTERNA +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2858	586101	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA EXTERNA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2859	586102	DILATACION DE URETRA POR URETROTOMIA INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2860	586201	DILATACION DE UNION URETROVESICAL SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2861	586301	DILATACION DE URETRA POR SONDEO SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2862	588201	INSERCION DE DISPOSITIVO MEDICO URETRAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2863	588202	INSERCION DE DISPOSITIVO MEDICO URETRAL VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2864	589110	DRENAJE DE GLANDULA BULBOURETRAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2865	589120	INCISION Y DRENAJE DE COLECCIONES PERIURETRALES O URINOSOS +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2866	589201	ESCISION DE TEJIDO PERIURETRAL SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2867	589302	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA ABDOMINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2868	589303	IMPLANTACION DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2869	589305	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO PERIURETRAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2870	589403	RETIRO DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA ABDOMINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2871	589404	RETIRO DE APARATO DE ESFINTER URINARIO INFLABLE VIA PERINEAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2872	589406	RETIRO DE DISPOSITIVO PERIURETRAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2873	589501	REVISION O SUSTITUCION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL VIA ABDOMINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2874	589502	REVISION O SUSTITUCION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL VIA PERINEAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2875	589504	REVISION O SUSTITUCION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO PERIURETRAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2876	590101	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2877	590201	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URETER SOD +	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2878	590301	LIBERACION DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2879	590311	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2880	590401	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION PERIRRENAL SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2881	590501	DRENAJE PERCUTANEO DE COLECCION EN AREA PERIRRENAL SOD +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2882	591101	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2883	591910	EXPLORACION DE TEJIDO PERIVESICAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2884	591920	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2885	592001	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2886	592002	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA PERCUTANEA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2887	592004	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA ENDOSCOPICA RETROGADA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2888	592005	PIELOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VIA ABIERTA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2889	592006	PIELOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VIA PERCUTANEA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2890	592008	PIELOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VIA ENDOSCOPICA RETROGADA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2891	592101	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2892	592103	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2893	592201	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2894	592202	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2895	592204	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2896	592301	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2897	592302	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA PERCUTANEA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2898	592303	URETROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2899	592401	LITOTRICIA (FRAGMENTACION) INTRACORPOREA DE CALCULOS EN VIA URINARIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2900	592402	LITOTRICIA (FRAGMENTACION) EXTRACORPOREA DE CALCULOS SIMPLES EN VIA URINARIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
2901	592403	LITOTRICIA (FRAGMENTACION) EXTRACORPOREA DE CALCULOS COMPLEJOS EN VIA URINARIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2902	593101	PLICATURA URETRAL SOD	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2903	595101	SUSPENSION URETRO VESICAL RETROPUBICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2904	595102	PEXIA URETRAL RETROPUBICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2905	595103	URETROCISTOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2906	596101	SUSPENSION PARAURETRAL ENDOSCOPICA +	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
2907	596102	PEXIA PARAURETRAL O PERIURETRAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2908	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSION DEL MUSCULO ELEVADOR)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2909	597104	CISTOURETROPEXIA VAGINAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2910	597105	AJUSTE DE DISPOSITIVO DE CISTOURETROPEXIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2911	597106	REVISION O RETIRO DE DISPOSITIVO DE CISTOURETROPEXIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
2912	597201	INYECCIÓN DE IMPLANTE EN CUELLO DE VEJIGA O INTRAURETRAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2913	597202	INYECCION DE TOXINA BOTULINICA INTRAVESICAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2914	597210	INYECCIÓN ENDOSCÓPICA DE IMPLANTE EN CUELLO VESICAL O INTRAURETRAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2915	597251	INYECCION PERIURETRAL ENDOSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2916	597910	URETROPEXIA ANTERIOR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2917	597920	URETROPLASTIA DE AMPLIACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2918	597940	URETROCOLPOPEXIA VIA VAGINAL O ABDOMINAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2919	597941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VIA VAGINAL O ABDOMINAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2920	597990	REPARACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2921	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCION VIA ENDOSCOPICA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2922	598002	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCION VIA PERCUTANEA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2923	599101	RESECCION DE TEJIDO PERIRRENAL O PERIVESICAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2924	599110	ESCISION DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCION DE GRANDES VASOS	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2925	599301	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMIA	$ 49.131,75	49.131,75
2926	599401	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA	$ 49.131,75	49.131,75
2927	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	$ 33.552,34	33.552,34
2928	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA (SUTURAS)	$ 77.459,12	77.459,12
2929	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$ 109.617,59	109.617,59
2930	5DSM01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACION EN URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA	$ 133.711,56	133.711,56
2931	600110	DRENAJE DE COLECCIÒN EN PROSTATA VIA ABIERTA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2932	600112	DRENAJE DE COLECCION EN PROSTATA VIA ENDOSCOPICA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2933	600201	PROSTATOLITOTOMIA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2934	600202	PROSTATOLITOTOMIA VIA PERCUTANEA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2935	600203	PROSTATOLITOTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2936	601101	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2937	601102	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR ABORDAJE PERINEAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2938	601103	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR SATURACION ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2939	601104	BIOPSIA CERRADA DE PROSTATA POR SATURACION ABORDAJE PERINEAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2940	601201	BIOPSIA DE PROSTATA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2941	601301	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE VESICULAS SEMINALES POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2942	601401	BIOPSIA DE VESICULA SEMINAL VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2943	601501	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTATICO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2944	601502	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTATICO VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2945	602001	RESECCCION O ENUCLEACION TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PROSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2946	602002	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2947	602003	ADENOMECTOMIA O PROSTATECTOMIA RETROPUBICA O TRANSVESICOCAPSULAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2948	605101	RESECCION DE PROSTATA [PROSTATECTOMIA] RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMIA]	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2949	605112	PROSTATECTOMIA RADICAL POR ABLACION	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
2950	607101	ASPIRACION (PERCUTANEA) CON (AGUJA) DE VESICULAS SEMINALES SOD	$ 428.485,05	428.485,05
2951	607201	RESECCION DE VESICULA SEMINAL [VESICULOTOMIA]	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2952	607301	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA +	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
2953	607311	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2954	607312	VESICULECTOMIA O ESPERMATOCISTECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2955	608101	DRENAJE DE COLECCION PERIPROSTATICA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2956	608201	ESCISION DE LESION DE TEJIDO PERIPROSTATICO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2957	609101	ASPIRACION PERCUTANEA DE PROSTATA SOD	$ 428.485,05	428.485,05
2958	609301	REVISION Y REPARACION DE CAPSULA VIA TRANSVESICAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
2959	609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSTQUIRURGICA) DE PROSTATA VIA ABIERTA +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
2960	609402	CONTROL DE HEMORRAGIA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2961	609501	COLOCACION DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTATICA VIA ABIERTA	$ 207.901,32	207.901,32
2962	609502	COLOCACION DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTATICA VIA PERCUTANEA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2963	609503	COLOCACION DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTATICA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
2964	610101	INCISION Y DRENAJE DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2965	611101	BIOPSIA DE ESCROTO	$ 677.916,61	677.916,61
2966	611102	BIOPSIA DE TUNICA VAGINALIS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2967	612101	REPARACION O ESCISION DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMIA] DE TUNICA VAGINALIS SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
2968	613101	RESECCION DE QUISTE SEBACEO EN ESCROTO	$ 911.289,58	911.289,58
2969	613102	FULGURACIÓN DE LESIÓN ESCROTAL	$ 911.289,58	911.289,58
2970	613103	RESECCION O ABLACION DE LESION EN ESCROTO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
2971	613401	RESECCION PARCIAL DEL ESCROTO	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2972	613402	RESECCIÓN TOTAL DEL ESCROTO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
2973	614101	SUTURA DE LACERACION DE ESCROTO Y TUNICA VAGINALIS SOD	$ 911.289,58	911.289,58

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
2974	614201	FISTULECTOMIA DEL ESCROTO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2975	619101	ASPIRACION PERCUTANEA DE TUNICA VAGINAL (HIDROCELE) SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2976	619201	DRENAJE DE COLECCION DE TUNICA VAGINALIS +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2977	620101	DRENAJE POR INCISION EN TESTICULO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2978	621101	BIOPSIA CERRADA (PERCUTANEA) (AGUJA) DE TESTICULO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2979	621201	BIOPSIA ABIERTA DE TESTICULO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2980	622101	RESECCION DE LESION TESTICULAR SOD +	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2981	623001	ORQUIECTOMIA CON EPIDIDIDECTOMIA (RADICAL) +	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2982	623002	RESECCION DE TESTICULO [ORQUIECTOMIA]	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2983	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSION DE TESTICULO O DE CORDON ESPERMATICO	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2984	625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2985	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
2986	625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
2987	626101	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTICULO SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2988	629101	ASPIRACION DE TESTICULO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2989	629102	ASPIRACION DE TESTICULO VIA PERCUTANEA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2990	630101	BIOPSIA DE EPIDIDIMO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2991	630201	BIOPSIA DE CORDON ESPERMATICO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
2992	630301	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
2993	631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2994	631002	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA. POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
2995	631010	VARICOCELECTOMIA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMATICA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2996	631011	VARICOCELECTOMIA CON PRESERVACION DE ARTERIA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2997	631201	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMATICA VIA RETROPERITONEAL	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2998	631301	HIDROCELECTOMIA DE CORDON ESPERMATICO VIA INGUINAL+	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
2999	631302	DRENAJE DE LIQUIDO [HIDROCELECTOMIA] DE CORDON ESPERMATICO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3000	632101	ESPERMATOCELECTOMIA O RESECCION QUISTE DEL EPIDIDIMO SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3001	633201	RESECCION DE HEMATOCELE DE CORDON ESPERMATICO SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3002	634001	EPIDIDIMECTOMIA SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3003	635101	SUTURA DE LACERACION EN CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
3004	636101	VASOTOMIA SOD +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3005	637101	LIGADURA O SECCION DE CONDUCTO DEFERENTE SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3006	637201	LIGADURA DE CORDON ESPERMATICO SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3007	637301	VASECTOMIA SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3008	638101	SUTURA DE LACERACIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE Y EPIDÍDIMO SOD	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
3009	638201	RECONSTRUCCION DEL CONDUCTO DEFERENTE SECCIONADO O VASO-VASOSTOMIA VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3010	638301	EPIDIDIMOVASOSTOMIA SOD +	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3011	639001	ASPIRACION DE EPIDIDIMO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3012	639002	ASPIRACION DE EPIDIDIMO VIA PERCUTANEA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3013	639101	ASPIRACION DE ESPERMATOCELE VIA PERCUTANEA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3014	639201	INCISION DEL EPIDIDIMO [EPIDIDIMOTOMIA] Y DRENAJE VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3015	639202	INCISION DEL EPIDIDIMO [EPIDIDIMOTOMIA] Y DRENAJE VIA PERCUTANEO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3016	639301	INCISION Y DRENAJE DE CORDON ESPERMATICO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3017	639601	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE CORDON ESPERMATICO Y EPIDIDIMO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3018	640001	CIRCUNCISION SOD +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3019	641101	BIOPSIA DE PENE SOD	$ 911.289,58	911.289,58
3020	641201	ENDOSCOPIA DE URETRA PENEANA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3021	642101	FULGURACION O RESECCION DE LESION EN PENE SOD +	$ 911.289,58	911.289,58
3022	644101	SUTURA DE LACERACION O HERIDA EN PENE SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3023	644902	ESCISION DE NODULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE SIN INJERTO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3024	644903	ESCISION DE NODULOS DE ENFERMEDAD DE PEYRONIE CON INJERTO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3025	644920	PLASTIA DE FRENILLO PENEAL	$ 911.289,58	911.289,58
3026	645001	TRANSFORMACION DE GENITALES EXTERNOS DE MUJER A HOMBRE	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3027	645002	TRANSFORMACION DE GENITALES EXTERNOS DE HOMBRE A MUJER	$ 4.216.344,62	4.216.344,62

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3028	646001	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS FEMINIZANTE	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3029	646002	CIRUGIA DE GENITALES AMBIGUOS VIRILIZANTE	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
3030	646101	BIOPSIAS GONADAL EN GENITALES AMBIGUOS VIA ABIERTA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3031	646102	BIOPSIAS GONADAL EN GENITALES AMBIGUOS VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3032	649101	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO SOD +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3033	649801	DERIVACION CUERPO CAVERNOSA - CUERPO ESPONJOSA O BULBO - CAVERNOSA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3034	649802	DERIVACION CUERPO-SAFENA O SAFENO-CAVERNOSA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3035	649803	IRRIGACION. PUNCION O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3036	649805	INCISION Y DRENAJE DE FLEGMON PENEANO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3037	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3038	651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3039	651203	BIOPSIA DE OVARIO VIA PERCUTANEA	$ 428.485,05	428.485,05
3040	651204	BIOPSIA DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3041	652101	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROTOMIA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3042	652102	CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3043	652103	CISTECTOMIA DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3044	652201	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3045	652203	RESECCION PARCIAL DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3046	652301	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3047	652302	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3048	652303	RESECCION DE TUMOR DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3049	652304	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3050	652401	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3051	652402	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3052	652403	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO VIA PERCUTANEA	$ 479.034,94	479.034,94
3053	652404	PUNCION Y DRENAJE DE LESION DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3054	652410	OFOROSTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3055	652702	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3056	652801	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3057	652802	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3058	652804	RESECCION DE QUISTE PARAOVARICO VIA VAGINAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3059	652901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES. MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3060	652902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES. MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3061	653101	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPÀROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3062	653102	OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3063	653104	OOFORECTOMIA UNILATERAL VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3064	655101	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3065	655102	OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3066	655104	OOFORECTOMIA BILATERAL VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3067	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3068	657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3069	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3070	657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3071	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3072	659101	ASPIRACION FOLICULAR DE OVARIO VIA VAGINAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3073	659102	ASPIRACION FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3074	659301	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3075	660201	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3076	660202	SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3077	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3078	661120	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3079	662102	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3080	662103	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3081	662104	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR HISTEROSCOPIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3082	662201	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3083	662202	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3084	662203	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3085	662204	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR HISTEROSCOPIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3086	664001	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3087	664003	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3088	665001	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3089	665003	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3090	666101	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3091	666110	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3092	666210	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROTOMIA +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3093	666220	RESECCION DE LESION EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3094	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3095	667302	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3096	667401	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3097	667601	SALPINGOLISIS POR LAPAROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3098	667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3099	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3100	667902	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3101	668101	INSUFLACION DE TROMPAS DE FALOPIO VIA VAGINAL	$ 573.575,79	573.575,79
3102	669101	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3103	669102	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3104	669103	SALPINGO-OOFORECTOMIA UNILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3105	669201	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3106	669202	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3107	669203	SALPINGO-OOFORECTOMIA BILATERAL POR VIA VAGINAL	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3108	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACION DE ESTES]	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3109	669501	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3110	669502	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3111	669503	INSERCION O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO EN TROMPA DE FALOPIO POR HISTEROSCOPIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3112	669701	ESCISION Y DRENAJE POR ABORTO TUBARICO POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3113	669702	ESCISION Y DRENAJE POR ABORTO TUBARICO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3114	669901	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3115	669902	LIBERACION O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3116	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	$ 677.916,61	677.916,61
3117	671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	$ 677.916,61	677.916,61
3118	672001	CONIZACION CERVICAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3119	673101	ESCISION DE POLIPO EN CUELLO UTERINO [CERVIX]	$ 677.916,61	677.916,61
3120	673102	RESECCION DE LESION CUELLO UTERINO	$ 677.916,61	677.916,61
3121	673201	ABLACION DE LESION O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	$ 166.268,28	166.268,28
3122	674002	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 911.289,58	911.289,58
3123	674003	AMPUTACION DE CUELLO O TRAQUELECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	$ 911.289,58	911.289,58
3124	674101	ESCISION DE MUÑON CERVICAL POR LAPAROTOMIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3125	674102	ESCISION DE MUÑON CERVICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3126	674103	ESCISION DE MUÑON CERVICAL POR VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3127	674501	TRAQUELECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 911.289,58	911.289,58
3128	674511	TRAQUELECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 911.289,58	911.289,58
3129	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3130	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3131	676101	SUTURA DE LACERACION O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CERVIX] VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3132	676102	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3133	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3134	676210	FISTULECTOMIA CERVICOSIGMOIDAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3135	676910	CORRECCION DE DESGARRO OBSTETRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3136	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3137	680101	HISTEROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3138	681101	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3139	681102	BIOPSIA DE UTERO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3140	681103	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROTOMIA	$ 911.289,58	911.289,58
3141	681104	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROSCOPIA	$ 911.289,58	911.289,58
3142	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	$ 677.916,61	677.916,61
3143	681201	HISTEROSCOPIA	$ 677.916,61	677.916,61
3144	682101	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL UTERO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3145	682302	RESECCION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA	$ 677.916,61	677.916,61
3146	682303	ESCISION DE POLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	$ 677.916,61	677.916,61
3147	682401	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3148	682402	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR VIA VAGINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3149	682403	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR LAPAROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3150	682404	MIOMECTOMIA UTERINA UNICA O MULTIPLE POR HISTEROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3151	682501	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3152	682510	ABLACION ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMIA POR HISTEROSCOPIA	$ 677.916,61	677.916,61
3153	683101	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3154	684001	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3155	684003	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3156	684020	HISTERECTOMIA TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3157	684103	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3158	685102	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3159	686001	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROTOMIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
3160	686102	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3161	687001	HISTERECTOMIA RADICAL POR VIA VAGINAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3162	688101	EXENTERACION O EVISCERACION PELVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA +	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3163	688201	EXENTERACION ANTERIOR: UTERO Y VEJIGA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3164	688301	EXENTERACION POSTERIOR: UTERO Y RECTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3165	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO	$ 677.916,61	677.916,61
3166	691101	ESCISION Y ABLACIÒN DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3167	691102	ESCISION O ABLACION DE LESION O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	$ 677.916,61	677.916,61
3168	691103	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3169	691110	RESECCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3170	691130	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3171	691201	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS I Y II POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3172	691202	ESCISION Y ABLACION DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3173	691203	ESCISION O ABLACION ENDOSCOPICA DE LESION O TEJIDO EN ESTRUCTURAS DE SOPORTE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3174	691204	ESCISION O ABLACION DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3175	691205	RESECCION DE LESION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3176	691230	SECCION DE LIGAMENTO UTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3177	691301	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3178	691302	SECCION DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3179	691901	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMIA +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3180	691902	DRENAJE DE COLECCION DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3181	691910	CITORREDUCCION DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO UTERO SACRO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3182	692110	INTERPOSICION UTERINA [WATKINS]	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3183	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3184	692203	HISTEROPEXIA POR VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3185	692204	CERVICOPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3186	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3187	694102	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3188	694201	CIERRE DE FISTULA DE UTERO (ISTMOCELE) POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3189	694203	CIERRE DE FISTULA DE UTERO (ISTMOCELE) POR VIA VAGINAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3190	694204	CIERRE DE FISTULA DE UTERO (ISTMOCELE) POR HISTEROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3191	694301	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3192	694302	REPARACION DE UTERO BICORNE POR LAPAROSCOPIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
3193	694901	HISTEROPLASTIA [OPERACION DE STRASMAN] POR LAPAROTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3194	697101	INSERCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	$ 90.700,84	90.700,84
3195	698001	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 677.916,61	677.916,61
3196	698002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3197	698003	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA	$ 677.916,61	677.916,61
3198	698004	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO	$ 677.916,61	677.916,61
3199	699101	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN EL UTERO	$ 90.700,84	90.700,84
3200	699102	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN CERVIX	$ 911.289,58	911.289,58
3201	699103	INSERCION DE DISPOSITIVO TERAPEUTICO NO ANTICONCEPTIVO EN VAGINA	$ 911.289,58	911.289,58
3202	699601	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3203	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3204	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 677.916,61	677.916,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3205	699702	RETIRO CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	$ 677.916,61	677.916,61
3206	700101	CULDOCENTESIS [COLPOCENTESIS]	$ 90.268,60	90.268,60
3207	701204	COLPOTOMIA	$ 911.289,58	911.289,58
3208	701301	LIBERACION DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES EN VAGINA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3209	701410	SECCION O INCISION DE TABIQUE VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3210	701420	DRENAJE DE COLECCION DE FONDO DE SACO (CUPULA VAGINAL) +	$ 911.289,58	911.289,58
3211	702101	VAGINOSCOPIA	$ 573.575,79	573.575,79
3212	702203	COLPOSCOPIA	$ 573.575,79	573.575,79
3213	702401	BIOPSIA DE VAGINA	$ 677.916,61	677.916,61
3214	703301	RESECCION DEL TABIQUE VAGINAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3215	703302	RESECCION O ABLACION DE LESION O TEJIDO VAGINAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3216	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACION DE URETROCELE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3217	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3218	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3219	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACION DE ENTEROCELE	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3220	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACION DE CUELLO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3221	707110	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO I-II (COMPROMISO MUCOSO O MUSCULAR)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3222	707120	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO III (RECTOVAGINAL CON COMPROMISO DE ESFINTER ANAL)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3223	707130	REPARACION DE DESGARRO VAGINAL NO OBSTETRICO GRADO IV (ESTALLIDO DE VEJIGA CON O SIN EVISCERACION)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3224	707201	CORRECCION DE FISTULA COLOVAGINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3225	707301	CORRECCION DE FISTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3226	707401	CORRECCION DE OTRA FISTULA VAGINOINTESTINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3227	707501	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3228	707502	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3229	707503	CIERRE DE FISTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VIA VAGINAL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3230	707601	HIMENORRAFIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3231	707602	HIMENOPLASTIA	$ 911.289,58	911.289,58
3232	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3233	707702	COLPOPEXIA VIA VAGINAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3234	707703	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3235	707920	CORRECCION DE LACERACION OBSTETRICA ANTIGUA EN VAGINA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3236	707930	CORRECCION DE SENO UROGENITAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3237	709101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISION	$ 677.916,61	677.916,61
3238	709102	EXTRACCION DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISION	$ 677.916,61	677.916,61
3239	709201	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3240	709202	REPARACION DE ENTEROCELE POR LAPAROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3241	709203	REPARACION DE ENTEROCELE VIA VAGINAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3242	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA	$ 573.575,79	573.575,79
3243	710920	AMPLIACION DEL INTROITO	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3244	710921	INCISION Y DRENAJE DE COLECCION DE VULVA O DE GLANDULA DE SKENE	$ 573.575,79	573.575,79
3245	710922	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN GLANDULA DE SKENE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3246	711001	VULVOSCOPIA	$ 573.575,79	573.575,79
3247	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	$ 677.916,61	677.916,61
3248	711120	BIOPSIA DE CLITORIS	$ 677.916,61	677.916,61
3249	711130	BIOPSIA DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 677.916,61	677.916,61
3250	711301	BIOPSIA EN PERINE	$ 677.916,61	677.916,61
3251	712001	DRENAJE POR PUNCION DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 573.575,79	573.575,79
3252	712002	INCISION Y DRENAJE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 573.575,79	573.575,79
3253	712003	MARSUPIALIZACION O DRENAJE EN LA GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 911.289,58	911.289,58
3254	712401	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE BARTHOLIN	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3255	713101	RESECCION O ABLACION DE GLANDULA DE SKENE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3256	713401	RESECCION DE ENDOMETRIOMA EN PERINE	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3257	713501	RESECCION DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	$ 911.289,58	911.289,58
3258	713502	RESECCION DE LESION VULVO-PERINEAL	$ 911.289,58	911.289,58
3259	714001	RESECCION TOTAL DE CLITORIS	$ 677.916,61	677.916,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3260	714002	RESECCION PARCIAL DE CLITORIS	$ 677.916,61	677.916,61
3261	715001	VULVECTOMIA SUPERFICIAL UNILATERAL	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3262	715002	VULVECTOMIA SUPERFICIAL BILATERAL	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3263	715003	VULVECTOMIA SIMPLE UNILATERAL	$ 677.916,61	677.916,61
3264	715004	VULVECTOMIA SIMPLE BILATERAL	$ 677.916,61	677.916,61
3265	715005	VULVECTOMIA TOTAL UNILATERAL	$ 677.916,61	677.916,61
3266	715006	VULVECTOMIA TOTAL BILATERAL	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3267	715007	VULVECTOMIA RADICAL	$ 677.916,61	677.916,61
3268	717201	CORRECCION DE FISTULA DE VULVA	$ 677.916,61	677.916,61
3269	717202	CORRECCION DE FISTULA DE PERINE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3270	717301	DRENAJE DE COLECCION VULVOPERINEAL	$ 677.916,61	677.916,61
3271	717901	PLASTIA DE LABIOS MENORES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3272	717902	CORRECCION DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINE	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3273	717920	SUTURA DE DESGARRO O LACERACION NO OBSTETRICA RECIENTE QUE INVOLUCRA VULVA O PERINE (MUCOSA O MUSCULO) (GRADO I-II)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3274	718101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE SIN INCISION	$ 677.916,61	677.916,61
3275	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINE CON INCISION	$ 677.916,61	677.916,61
3276	721003	PARTO INSTRUMENTADO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3277	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	$ 1.222.661,56	1.222.661,56
3278	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	$ 1.222.719,03	1.222.719,03
3279	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTANEO GEMELAR O MULTIPLE	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3280	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MULTIPLE +	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3281	735980	OTRA ASISTENCIA MANUAL DEL PARTO ESPONTANEO	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3282	740001	CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3283	740002	CESAREA CORPORAL	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3284	740003	CESAREA EXTRAPERITONEAL	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3285	743101	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3286	743102	REMOCION DE EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3287	743201	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3288	743202	REMOCION DE FETO EN CAVIDAD PERITONEAL SUBSIGUIENTE A RUPTURA UTERINA O TUBARICA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3289	750101	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR DILATACION Y CURETAJE +	$ 911.289,58	911.289,58
3290	750105	LEGRADO UTERINO OBSTETRICO POSTPARTO O POSTABORTO POR ASPIRACION AL VACIO+	$ 911.289,58	911.289,58
3291	750301	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DEL EMBARAZO POR DILATACION Y CURETAJE	$ 911.289,58	911.289,58
3292	750302	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DEL EMBARAZO POR ASPIRACION AL VACIO	$ 911.289,58	911.289,58
3293	750303	EVACUACION UTERINA PARA TERMINACION DEL EMBARAZO POR OTROS METODOS	$ 911.289,58	911.289,58
3294	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	$ 677.916,61	677.916,61
3295	751201	AMNIOREDUCCION	$ 677.916,61	677.916,61
3296	751202	AMNIOINFUSION	$ 677.916,61	677.916,61
3297	752101	TRANSFUSION FETAL INTRAUTERINA	$ 249.438,04	249.438,04
3298	753101	AMNIOSCOPIA	$ 911.289,58	911.289,58
3299	753601	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA	$ 677.916,61	677.916,61
3300	754101	REMOCION MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISION UTERINA, SIN ATENCION DEL PARTO	$ 677.916,61	677.916,61
3301	755001	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR LAPAROTOMIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3302	755002	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUELLO UTERINO [CERVIX] POR VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3303	755003	REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO RECIENTE DE CUERPO UTERINO POR LAPAROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3304	756101	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR LAPAROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3305	756102	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA POR VIA VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3306	756201	REPARACION DE LACERACIONES O DESGARROS OBSTETRICOS RECIENTES QUE INVOLUCRAN RECTO Y ESFINTER ANAL VIA VAGINAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3307	756901	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO DE PERINE	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3308	756902	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VAGINAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3309	756903	PLASTIA O REPARACION DE DESGARRO OBSTETRICO VULVAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3310	756910	REPARO SECUNDARIO DE EPISIOTOMIA +	$ 911.289,58	911.289,58
3311	758001	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE UTERO	$ 116.686,48	116.686,48
3312	758002	TAPONAMIENTO OBSTETRICO DE VAGINA	$ 116.686,48	116.686,48
3313	758003	COMPRESION HEMOSTATICA POR LAPAROTOMIA	$ 116.686,48	116.686,48
3314	759101	DRENAJE DE COLECCION OBSTETRICA (DE EPISIOTOMIA O EPISIORRAFIA) EN PERINE POR INCISION	$ 677.916,61	677.916,61
3315	759401	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE UTERO INVERTIDO POR LAPAROTOMIA	$ 677.916,61	677.916,61
3316	759402	CORRECCION O REPOSICION MANUAL DE UTERO INVERTIDO POR VIA VAGINAL	$ 677.916,61	677.916,61
3317	760101	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3318	760102	SECUESTRECTOMÍA EXTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3319	760103	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL O EXTRAORAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3320	760901	OSTEOTOMÍA MAXILAR PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3321	760902	DECORTICACIÓN O CURETAJE ÓSEO EN HUESO FACIAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3322	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	$ 911.289,58	911.289,58
3323	761102	BIOPSIA DE PALADAR ÓSEO	$ 677.916,61	677.916,61
3324	761301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3325	762101	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3326	762102	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3327	762103	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3328	762104	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3329	762105	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3330	762201	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3331	762202	RESECCIÓN RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3332	763101	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3333	763102	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3334	763103	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3335	763104	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3336	763901	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCIÓN	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3337	764301	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3338	764302	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3339	764303	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
3340	764304	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO, COLGAJO PEDICULADO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
3341	764305	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3342	764401	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3343	764402	RESECCIÓN TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3344	766101	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR SOD	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3345	766201	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3346	766202	OSTEOTOMÍA RAMA MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3347	766203	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3348	766301	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3349	766302	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3350	766401	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL MANDIBULAR	$ 3.694.341,86	3.694.341,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3351	766402	CORTICOTOMÍA MANDIBULAR	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3352	766403	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3353	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3354	766601	OSTEOTOMÍA LEFORT I CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3355	766602	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3356	766603	OSTEOTOMÍA LEFORT II CON FIJACIÓN INTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3357	766604	OSTEOTOMÍA LEFORT III CON FIJACIÓN INTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3358	766605	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT I (DISYUNCIÓN PALATINA)	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3359	766606	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT II	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
3360	766607	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT III	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3361	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTANEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3362	766970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3363	767201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3364	767202	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3365	767203	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCIÓN PISO DE ÓRBITA INJERTO O FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3366	767301	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3367	767302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3368	767303	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3369	767304	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3370	767401	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3371	767402	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3372	767403	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3373	767404	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3374	767501	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CÓNDILO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3375	767502	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3376	767503	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3377	767601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE CÓNDILO, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3378	767602	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3379	767603	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3380	767604	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3381	767701	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACIÓN	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3382	767702	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3383	767703	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MÁS DE TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3384	767705	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3385	767706	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MÁS DE TRES DIENTES	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3386	767802	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACIÓN	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3387	767904	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3388	767905	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3389	767907	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASO-ÓRBITO-ETMOIDAL, CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3390	767908	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MÚLTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ÓRBITARIO	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3391	768001	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR	$ 3.439.662,66	3.439.662,66

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3392	768201	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL SOD	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3393	768301	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3394	768302	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACIÓN INTERMAXILAR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3395	768601	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3396	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA DE HUESO FACIAL	$ 677.916,61	677.916,61
3397	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR	$ 677.916,61	677.916,61
3398	768801	ARTRECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3399	770101	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCAPULA. CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3400	770201	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE HUMERO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3401	770301	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3402	770302	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CUBITO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3403	770501	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FEMUR VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3404	770601	SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
3405	770701	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3406	770702	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3407	770920	SECUESTRECTOMIA. DRENAJE. DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3408	770930	DRENAJE. CURETAJE. SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL. VIA ANTERIOR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3409	770931	DRENAJE. CURETAJE. SECUESTRECTOMIA DE COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3410	770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA PERCUTANEA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3411	770933	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3412	770934	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3413	771101	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMIA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3414	772101	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3415	772102	OSTEOTOMIA DE CLAVICULA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3416	772103	OSTEOTOMIA DE COSTILLA (UNA O MAS)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3417	772104	OSTEOTOMIA DE ESCAPULA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3418	772105	OSTEOTOMIA DE ESTERNON +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3419	772203	OSTEOTOMIA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3420	772204	OSTEOTOMIA DE HUMERO CON FIJACION EXTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3421	772304	OSTEOTOMIA EN RADIO O CUBITO CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3422	772305	OSTEOTOMIA EN RADIO O CUBITO CON FIJACION EXTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3423	772306	OSTEOTOMIA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3424	772307	OSTEOTOMIA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION EXTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3425	772506	OSTEOTOMIA EN FEMUR MULTIPLE CON FIJACION INTERNA O EXTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3426	772507	OSTEOTOMIA EN FEMUR PROXIMAL (CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA O SUBTROCANTERICA) CON FIJACION INTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3427	772508	OSTEOTOMIA EN FEMUR PROXIMAL (CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA O SUBTROCANTERICA) CON FIJACION EXTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3428	772509	OSTEOTOMIA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3429	772510	OSTEOTOMIA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION EXTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3430	772511	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3431	772512	OSTEOTOMIA EN FEMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDILEA) CON FIJACION EXTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3432	772513	OSTEOTOMIA CON DESCENSO DEL TROCANTER MAYOR CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3433	772514	OSTEOTOMIA DEL TROCANTER MAYOR CON LUXACION QUIRURGICA CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3434	772515	REVISION DE OSTEOTOMIA UNICA DE FEMUR	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3435	772516	REVISION DE OSTEOTOMIA MULTIPLE DE FEMUR	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3436	772601	OSTEOTOMIA EN ROTULA CON FIJACION	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3437	772704	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3438	772705	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3439	772706	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3440	772707	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3441	772708	OSTEOTOMIA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3442	772709	OSTEOTOMIA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3443	772710	OSTEOTOMIA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3444	772711	OSTEOTOMIA DIAFISIARIA DE PERONE CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3445	772712	OSTEOTOMIA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3446	772713	OSTEOTOMIA MULTIPLE DE TIBIA O PERONE	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3447	772714	OSTEOTOMIA DE TIBIA PROXIMAL SIN FIJACION	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3448	772715	OSTEOTOMIA DE DIAFISIS DE TIBIA SIN FIJACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3449	772716	OSTEOTOMIA DE TIBIA DISTAL SIN FIJACION	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3450	772717	OSTEOTOMIA DE PERONE PROXIMAL SIN FIJACION	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3451	772718	OSTEOTOMIA DE PERONE DISTAL SIN FIJACION	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3452	772719	REVISION DE OSTEOTOMIA UNICA DE TIBIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3453	772720	REVISION DE OSTEOTOMIA MULTIPLE DE TIBIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3454	772721	REVISION DE OSTEOTOMIA UNICA DE PERONE	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3455	772722	REVISION DE OSTEOTOMIA MULTIPLE DE PERONE	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3456	772906	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACION INTERNA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3457	772907	OSTEOTOMIA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) SIN FIJACION	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3458	772908	OSTEOTOMIA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO SIN FIJACION	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3459	772909	OSTEOTOMIA DE PELVIS VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
3460	772912	OSTEOTOMIAS PERIACETABULARES (MULTIPLES CORTES) VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
3461	772913	REVISION DE OSTEOTOMIA UNICA DE PELVIS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
3462	772914	REVISION DE OSTEOTOMIA MULTIPLE DE PELVIS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
3463	772915	RECONSTRUCCION DE PELVIS EN EXTROFIA VESICAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
3464	772933	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3465	772934	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3466	772935	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA TORACICA HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3467	772936	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA TORACICA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3468	772937	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA HASTA 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3469	772938	OSTEOTOMIA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE 3 SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3470	772939	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3471	772940	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3472	772941	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3473	772942	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORACICA MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3474	772943	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3475	772944	OSTEOTOMIA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3476	772945	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3477	772946	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA CERVICAL MAS DE DOS SEGMENTOS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3478	772947	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA HASTA DOS SEGMENTOS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3479	772948	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA TORACICA MAS DE DOS SEGMENTOS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3480	772949	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3481	772950	OSTEOTOMIA DE SUBSTRACCION PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3482	772951	REVISION DE OSTEOTOMIA VERTEBRAL	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3483	772952	TORACOPLASTIA UNILATERAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3484	772953	TORACOPLASTIA BILATERAL	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3485	773001	LUXACION QUIRURGICA DE LA ARTICULACION COXOFEMORAL	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3486	773002	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3487	773003	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3488	773004	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3489	773005	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3490	773006	REPARACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3491	773007	REPARACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3492	773008	REMODELACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3493	773009	REMODELACION DEL LABRUM ACETABULAR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3494	773101	OSTEOTOMIA PERIARTICULAR UNICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3495	773102	OSTEOTOMIA PERIARTICULAR MULTIPLE	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3496	773103	OSTEOTOMIA INTRAARTICULAR UNICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3497	773104	OSTEOTOMIA INTRAARTICULAR MULTIPLE	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3498	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
3499	774910	BIOPSIA DE VERTEBRA. VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
3500	774911	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA PERCUTANEA	$ 911.289,58	911.289,58
3501	774912	BIOPSIA DE VERTEBRA, VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
3502	775104	CORRECCION HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMIA DISTAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACION INTERNA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3503	775105	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA DIAFISIARIA DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3504	775106	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA PROXIMAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3505	775107	CORRECCION HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMIA COMBINADA DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACION INTERNA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3506	775401	REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON ARTRODESIS O ARTROPLASTIA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3507	775402	REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON TRANSFERENCIA TENDINOSA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3508	775403	REPARACION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON REPARACION DE LA PLACA PLANTAR (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3509	775404	REVISION DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3510	776001	RESECCION DE EXOSTOSIS EN HUESO NO ESPECIFICADO (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3511	776101	ESCISION TUMOR BENIGNO DE CLAVICULA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3512	776102	ESCISION TUMOR MALIGNO DE CLAVICULA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3513	776104	ESCISION TUMOR BENIGNO DE ESCAPULA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3514	776105	ESCISION TUMOR MALIGNO DE ESCAPULA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3515	776109	RESECCION TUMOR BENIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3516	776110	RESECCION TUMOR MALIGNO DE TORAX (REJA COSTAL Y ESTERNON)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3517	776201	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3518	776202	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HUMERO CON INJERTO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3519	776203	ESCISION TUMOR MALIGNO EN HUMERO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3520	776204	RESECCION DE LESION OSEA EN HUMERO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3521	776301	ESCISION TUMOR BENIGNO EN RADIO O CUBITO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3522	776302	ESCISION TUMOR MALIGNO EN RADIO O CUBITO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3523	776401	ESCISION TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3524	776402	ESCISION TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS +	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3525	776501	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3526	776502	ESCISION TUMOR BENIGNO EN FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3527	776503	ESCISION TUMOR MALIGNO EN FEMUR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3528	776601	ESCISION TUMOR BENIGNO EN ROTULA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3529	776602	ESCISION TUMOR MALIGNO EN ROTULA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3530	776701	ESCISION TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONE	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3531	776702	ESCISION TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3532	776801	RESECCION DE LESION MALIGNA OSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3533	776802	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3534	776803	RESECCION DEL ESPOLON CALCANEO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3535	776804	RESECCION DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3536	776805	RESECCION DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3537	776901	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3538	776902	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3539	776920	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3540	776921	ESCISION DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3541	776929	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORACICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3542	776930	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR O LATERAL TORACOABDOMINAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3543	776931	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3544	776932	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCIGEO VIA ANTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3545	776933	ESCISION DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCIGEO VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3546	776934	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VIA TRANSORAL ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3547	776935	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VIA TRANSORAL O TRANSNASAL ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3548	776936	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VIA ANTERIOR O LATERAL TRANSCERVICAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3549	776937	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VIA ANTERIOR O LATERAL HASTA DOS VERTEBRAS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3550	776938	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VIA ANTERIOR O LATERAL MAS DE DOS VERTEBRAS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3551	776939	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR O LATERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3552	776940	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3553	776941	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3554	776942	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3555	776943	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3556	776944	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3557	776945	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3558	776946	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNION CERVICOTORACICA POSTERIOR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3559	776947	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNION CERVICOTORACICA POSTERIOR VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3560	776948	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNION CERVICOTORACICA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3561	776949	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3562	776950	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3563	776951	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3564	776952	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3565	776953	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3566	776954	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3567	776955	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3568	776956	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3569	776957	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3570	776958	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3571	776959	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3572	776960	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3573	776961	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3574	776962	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3575	776963	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3576	776964	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3577	776965	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3578	776966	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3579	776967	RESECCION DE TUMOR O LESION SACRO VIA ANTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3580	776968	RESECCION DE TUMOR O LESION SACRO VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3581	776969	RESECCION DE TUMOR O LESION SACRO VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3582	776970	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3583	776971	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3584	776972	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3585	776973	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3586	776974	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3587	776975	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3588	776976	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3589	776977	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3590	776978	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3591	776979	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3592	776980	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3593	776981	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3594	776982	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3595	776983	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3596	776984	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORACICO MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3597	776985	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3598	776986	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3599	776987	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3600	776988	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3601	776989	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3602	776990	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MAS DE DOS VERTEBRAS VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3603	776991	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SACRA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3604	776992	RESECCION DE TUMOR O LESION DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SACRA VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3605	777101	TOMA DE INJERTO OSEO DE ESCAPULA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3606	777102	TOMA DE INJERTO OSEO DE CLAVICULA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3607	777103	TOMA DE INJERTO OSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRAL] O ESTERNON	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3608	777201	TOMA DE INJERTO OSEO EN HUMERO SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3609	777301	TOMA DE INJERTO OSEO EN RADIO O CUBITO SOD +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3610	777401	TOMA DE INJERTO OSEO DE CARPO O METACARPO SOD+	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3611	777501	TOMA DE INJERTO OSEO DE FEMUR SOD	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3612	777701	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONE SOD+	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3613	777801	TOMA DE INJERTO OSEO DE TARSO O METATARSO SOD	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
3614	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3615	778101	RESECCION PARCIAL DE ESCAPULA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3616	778102	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3617	778103	RESECCION PARCIAL DE CLAVICULA. VIA ENDOSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3618	778104	RESECCIÓN PARCIAL DE COSTILLAS	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3619	778105	RESECCION PARCIAL DE ESTERNON	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3620	778201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITROCLEA HUMERAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3621	778202	HEMI O DIAFISECTOMIA DE HUMERO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3622	778203	RESECCION DE CABEZA HUMERAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3623	778301	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN CUBITO (HEMIDIAFISECTOMIA)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3624	778302	RESECCION DE EPIFISIS DE CUBITO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3625	778303	RESECCION PARCIAL DE DIAFISIS EN RADIO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3626	778304	RESECCION DE CUPULA DE RADIO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3627	778305	RESECCION DE OLECRANON	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3628	778306	RESECCION DE CABEZA DE RADIO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3629	778307	RESECCION DE EPIFISIS DE HUESO EN MIEMBRO SUPERIOR VIA ARTROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3630	778403	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3631	778404	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE CARPO VIA ARTROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3632	778405	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3633	778406	RESECCION PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VIA ARTROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3634	778501	HEMIDIAFISECTOMIA EN FEMUR	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3635	778601	RESECCION PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMIA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3636	778701	RESECCION PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMIA)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3637	778702	RESECCION PARCIAL DE PERONE (HEMIDIAFISECTOMIA)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3638	778703	HEMIDIAFISECTOMIA EN TIBIA Y PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3639	778801	RESECCION PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MAS) SOD +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3640	778901	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3641	778902	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3642	778911	HEMIDIAFISECTOMIA FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3643	778912	RESECCION CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MAS)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3644	778921	RESECCION PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3645	778922	HEMIHEMIPELVECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3646	778923	HEMIPELVECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3647	778931	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3648	778932	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSLATERAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3649	778933	RESECCION DE APOFISIS ODONTOIDES. POR CRANEOTOMIA SUBOCCIPITAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3650	778955	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3651	778956	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3652	778957	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA LATERAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3653	778958	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA LATERAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3654	778959	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA POSTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
3655	778960	VERTEBRECTOMIA PARCIAL CERVICOTORACICA POR ESTERNOTOMIA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3656	778961	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3657	778962	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3658	778963	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3659	778964	VERTEBRECTOMIA PARCIAL TORACICA VIA POSTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
3660	778965	VERTEBRECTOMIA PARCIAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3661	778966	VERTEBRECTOMIA PARCIAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3662	778967	VERTEBRECTOMIA PARCIAL LUMBAR VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3663	778968	VERTEBRECTOMIA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VIA ANTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3664	778969	VERTEBRECTOMIA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3665	779101	RESECCION TOTAL DE ESCAPULA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3666	779102	RESECCION TOTAL DE CLAVICULA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3667	779105	RESECCION TOTAL DE ESTERNON	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3668	779131	RESECCION TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMIA (UNA O MAS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3669	779134	RESECCION DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3670	779201	RESECCION DE HUMERO (PROXIMAL O DISTAL) +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3671	779202	RESECCION RADICAL DE HUMERO SIN INJERTO +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3672	779203	RESECCION TOTAL O RADICAL DE HUMERO CON INJERTO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3673	779301	RESECCION TOTAL O RADICAL DE CUBITO O RADIO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3674	779402	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3675	779403	CARPECTOMIA (CADA UNO) VIA ARTROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3676	779404	RESECCION TOTAL DE HUESO DE METACARPO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3677	779501	RESECCION TOTAL DE FEMUR SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3678	779601	RESECCION TOTAL DE ROTULA O PATELECTOMIA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3679	779701	RESECCION TOTAL DE LA TIBIA O PERONE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3680	779801	RESECCION TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3681	779802	ASTRAGALECTOMIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3682	779901	RESECCION TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3683	779902	RESECCION TOTAL DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	$ 911.289,58	911.289,58
3684	779941	RESECCION TOTAL DE COCCIX [COCCIGECTOMIA] +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3685	779942	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL TRANSORAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
3686	779943	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3687	779944	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA ANTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3688	779945	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA LATERAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3689	779946	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA LATERAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3690	779947	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3691	779948	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICAL MAS DE UN SEGMENTO VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3692	779949	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICOTORACICA POR ESTERNOTOMIA UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3693	779950	VERTEBRECTOMIA TOTAL CERVICOTORACICA POR ESTERNOTOMIA MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3694	779951	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3695	779952	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3696	779953	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3697	779954	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3698	779955	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3699	779956	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3700	779957	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3701	779958	VERTEBRECTOMIA TOTAL TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3702	779959	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3703	779960	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3704	779961	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3705	779962	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3706	779963	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3707	779964	VERTEBRECTOMIA TOTAL LUMBAR VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3708	779965	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA ANTERIOR UN SEGMENTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
3709	779966	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA ANTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
3710	779967	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR UN SEGMENTO	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
3711	779968	VERTEBRECTOMIA TOTAL DE COLUMNA SACRA VIA POSTERIOR MAS DE UN SEGMENTO	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
3712	780101	INJERTO OSEO EN CLAVICULA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3713	780102	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN CLAVICULA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3714	780201	INJERTO OSEO EN HUMERO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3715	780202	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HUMERO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3716	780301	INJERTO OSEO EN CUBITO O RADIO SOD +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3717	780401	INJERTO OSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3718	780402	INJERTO OSEO EN ESCAFOIDES	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3719	780403	INJERTO OSEO EN METACARPIANOS (UNO O MAS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3720	780404	INJERTO OSEO VASCULARIZADO EN ESCAFOIDES	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3721	780501	INJERTO OSEO EN FEMUR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3722	780502	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE FEMUR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3723	780503	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FEMUR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3724	780601	INJERTO OSEO EN ROTULA SOD	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3725	780701	INJERTO OSEO EN TIBIA O PERONE	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3726	780702	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE TIBIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3727	780703	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3728	780705	INJERTO OSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONE	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
3729	780706	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIAFISIS DE PERONE	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3730	780801	INJERTO OSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS SOD+	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3731	780901	APLICACION DE INJERTO OSEO EN FALANGE DE LA MANO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3732	780902	INJERTO OSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MAS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3733	780903	INJERTO OSEO EN MANO CON FIJACION INTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3734	780904	INJERTO OSEO CON CARTILAGO EN MANO CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3735	780905	APLICACION DE INJERTO ESTRUCTURAL EN PIE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3736	780920	INJERTO OSEO EN PELVIS	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3737	780921	APLICACION DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3738	780931	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA ANTERIOR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3739	780932	INJERTO OSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VIA POSTERIOR	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3740	781201	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN HUMERO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3741	781202	COLOCACION DE DISPOSITIVO DE FIJACION EN CODO +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3742	781301	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CUBITO +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3743	781302	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CÚBITO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3744	781304	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3745	781401	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN MANO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3746	781501	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN FEMUR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3747	781502	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3748	781503	COLOCACION QUIRURGICA DE DISPOSITIVO PARA TRACCION ESQUELETICA EN MUSLO (TRANSCONDILEA)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3749	781601	APLICACION DE TUTOR EXTERNO RODILLA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3750	781701	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3751	781702	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3752	781703	APLICACION DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3753	781704	COLOCACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION TRANSTIBIAL +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3754	781801	APLICACION DE TUTOR EXTERNO PIE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3755	781802	COLOCACION DE DISPOSITIVO EXTERNO EN PIE (CALCANEO) +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3756	781901	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE MANO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3757	781902	APLICACION DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACION DE FALANGES DE PIE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3758	781920	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS. POR VIA ANTERIOR O POSTERIOR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3759	781930	APLICACION DE TUTORES EXTERNOS EN COLUMNA VERTEBRAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3760	782101	EPIFISIODESIS ABIERTA DE HUMERO	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3761	782102	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE HUMERO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3762	782103	GRAPADO EPIFISIARIO DE HUMERO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3763	782104	ACORTAMIENTO DE HUMERO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3764	782211	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO O RADIO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3765	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CUBITO Y RADIO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3766	782221	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE CUBITO O RADIO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3767	782223	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE RADIO Y CUBITO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3768	782231	GRAPADO EPIFISIARIO DE CUBITO O RADIO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3769	782233	GRAPADO EPIFISIARIO DE RADIO Y CUBITO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3770	782241	ACORTAMIENTO DE CUBITO O RADIO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3771	782243	ACORTAMIENTO DE RADIO Y CUBITO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3772	782311	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3773	782321	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE METACARPIANOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3774	782331	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3775	782341	RESECCION (OSTEOTOMIA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3776	782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FEMUR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3777	782402	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FEMUR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3778	782403	GRAPADO EPIFISIARIO DE FEMUR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3779	782404	ACORTAMIENTO DE FEMUR MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3780	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3781	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3782	782521	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA O PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3783	782523	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TIBIA Y PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3784	782531	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA O PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3785	782533	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA Y PERONE	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3786	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3787	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3788	782611	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MAS) +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3789	782621	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MAS) +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3790	782631	GRAPADO EPIFISIARIO DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MAS) +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3791	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3792	782711	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3793	782721	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3794	782731	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MAS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3795	782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3796	782751	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3797	782761	EPIFISIODESIS PERCUTANEA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3798	782771	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3799	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMIA) (UNA O MAS)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3800	783001	TRANSPOSICION OSEA EN HUESOS LARGOS CON COLOCACION DE TUTOR EXTERNO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
3801	783201	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3802	783202	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION U OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3803	783203	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3804	783204	ALARGAMIENTO DE HUMERO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3805	783301	ALARGAMIENTO DE RADIO O CUBITO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3806	783302	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3807	783305	ALARGAMIENTO DE CUBITO O RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3808	783306	ALARGAMIENTO DE CUBITO Y RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACION EXTERNA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3809	783307	ALARGAMIENTO DE RADIO O CUBITO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3810	783308	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CUBITO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
3811	783401	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3812	783402	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3813	783403	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3814	783404	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3815	783501	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3816	783502	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3817	783503	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3818	783504	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3819	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3820	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3821	783703	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3822	783704	ALARGAMIENTO DE PERONE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3823	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3824	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3825	783707	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3826	783708	ALARGAMIENTO DE PERONE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3827	783801	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3828	783802	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3829	783803	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3830	783804	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3831	783805	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3832	783806	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3833	783807	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3834	783808	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MAS) POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3835	783901	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO CON INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3836	783902	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3837	783903	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3838	783911	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3839	783912	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACION Y OSTEOTOMIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3840	783913	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TECNICA DE DISTRACCION SIN (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3841	783914	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TECNICA DE DISTRACCION CON (CORTICOTOMIA, OSTEOTOMIA)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3842	784101	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE CLAVICULA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3843	784102	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE ESCAPULA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3844	784103	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE HUMERO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3845	784104	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE CUBITO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3846	784105	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE RADIO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3847	784106	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE HUESOS DEL CARPO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3848	784107	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE METACARPIANO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3849	784108	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE FALANGES DE MANO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3850	784109	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE SACROILIACA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3851	784110	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE COLUMNA ANTERIOR DEL ACETABULO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3852	784111	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE COLUMNA POSTERIOR DEL ACETABULO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3853	784112	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE PARED POSTERIOR ACETABULO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3854	784113	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE LAS RAMAS ILIO O ISQUIOPUBICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3855	784114	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE CUELLO FEMORAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3856	784115	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE FEMUR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3857	784116	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE ROTULA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3858	784117	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE TIBIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3859	784118	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE PERONE	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3860	784119	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE ASTRAGALO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3861	784120	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE CALCANEO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3862	784121	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE HUESOS DEL TARSO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3863	784122	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE METATARSIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3864	784123	REPARACION DE PSEUDOARTROSIS DE FALANGES DE PIE	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3865	785101	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA EN ESCAPULA. CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3866	785201	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE HUMERO SOD +	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3867	785301	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CUBITO SOD +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3868	785401	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3869	785501	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FEMUR SOD +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3870	785601	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE ROTULA SOD +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3871	785801	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3872	785901	FIJACION INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3873	786001	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESO NO ESPECIFICADO +	$ 677.916,61	677.916,61
3874	786002	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO. VIA ABIERTA +	$ 677.916,61	677.916,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3875	786101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3876	786102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON), VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3877	786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUMERO +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3878	786202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUMERO. VIA ABIERTA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3879	786301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CUBITO +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3880	786302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CUBITO. VIA ABIERTA +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3881	786401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS) +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3882	786402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MAS). VIA ABIERTA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3883	786501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FEMUR +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3884	786502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN FEMUR. VIA ABIERTA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3885	786601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ROTULA +	$ 911.289,58	911.289,58
3886	786602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ROTULA. VIA ABIERTA +	$ 911.289,58	911.289,58
3887	786701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONE +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3888	786702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONE. VIA ABIERTA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3889	786920	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3890	786921	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS. VIA ABIERTA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3891	786930	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL. VIA ANTERIOR+	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3892	786931	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA ANTERIOR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3893	786932	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA LATERAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3894	786935	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL. VIA POSTERIOR+	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3895	786936	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VIA POSTERIOR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3896	787101	OSTEOCLASTIA DE ESCAPULA, CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON) SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3897	787201	OSTEOCLASTIA DE HUMERO SOD +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3898	787301	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CUBITO SOD +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3899	787401	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3900	787501	OSTEOCLASTIA DE FEMUR SOD +	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3901	787601	OSTEOCLASTIA DE ROTULA SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3902	787701	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONE SOD +	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
3903	787801	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS SOD +	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
3904	787901	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE MANO +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3905	787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MAS) DE PIE +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3906	789201	INSERCION DE ESTIMULADOR DEL CRECIMIENTO OSEO DE HUMERO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3907	789301	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE CUBITO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3908	789302	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE RADIO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3909	789303	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE RADIO Y CUBITO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3910	789401	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE CARPIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3911	789402	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE METACARPIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3912	789403	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3913	789501	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE FEMUR SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3914	789701	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE PERONE	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3915	789702	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE TIBIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3916	789703	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE TIBIA Y PERONE	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3917	789801	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE TARSIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3918	789802	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE METATARSIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3919	789803	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3920	789901	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE FALANGES	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3921	789920	INSERCION DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO OSEO DE HUESOS PELVIANOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3922	790101	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ESCAPULA. CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS O ESTERNON) SOD +	$ 677.916,61	677.916,61
3923	790201	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3924	790301	REDUCCION CERRADA SIN FIJACION DE FRACTURA DE RADIO Y CUBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3925	790302	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE CUBITO O RADIO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3926	790501	REDUCCION CERRADA DE FRACTURADE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3927	790601	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE ROTULA SOD +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3928	790703	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3929	790704	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE PERONE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3930	790902	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MAS)	$ 911.289,58	911.289,58
3931	790920	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3932	790930	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACION CON HALOYESO O HALOCHAQUETA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3933	790931	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL E INMOVILIZACION CON DISPOSITIVO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3934	790932	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACION	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3935	790933	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE SACRO O SACROILIACA O COCCIGEA	$ 677.916,61	677.916,61
3936	791101	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA CLAVICULA O TORAX (COSTILLAS Y ESTERNON)	$ 677.916,61	677.916,61
3937	791102	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE LESIONES INTRAARTICULARES DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
3938	791201	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE HUMERO (EPIFISIS O DIAFISIS), PERCUTANEA CON PINES	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3939	791301	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO O RADIO CON FIJACION	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3940	791302	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE CUBITO Y RADIO CON FIJACION	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3941	791401	FIJACION INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3942	791402	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3943	791404	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3944	791405	REDUCCION DE FRACTURA DE HUESO DE CARPO CON DISPOSITIVO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3945	791501	REDUCCION INDIRECTA CON FIJACION INTERNA DE CUELLO DE FEMUR O INTERTROCANTERICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3946	791502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA CON FIJACION INTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3947	791503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FEMUR SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA CON FIJACION INTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
3948	791601	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ROTULA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3949	791701	REDUCCION INDIRECTA DE PILON CON FIJACION EXTERNA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3950	791702	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3951	791703	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3952	791704	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DE LA TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3953	791705	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3954	791740	REVISION ENDOSCOPICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACION (OSTEOSINTESIS) DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3955	791901	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACION PERCUTANEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
3956	791930	REDUCCION DE FRACTURA. DESCOMPRESION CON INSTRUMENTACION. EN SEGMENTO TORACICO O LUMBAR. VIA ENDOSCOPICA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3957	792101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MAS COSTILLAS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3958	792102	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE ESCAPULA O CLAVICULA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3959	792103	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3960	792201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUMERO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3961	792301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO O CUBITO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3962	792302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE RADIO Y CUBITO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3963	792401	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3964	792402	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3965	792501	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FEMUR SIN FIJACION INTERNA SOD +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3966	792601	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ROTULA SIN FIJACION INTERNA SOD +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
3967	792801	REDUCCION ABIERTA FRACTURA SIN FIJACION INTERNA. DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MAS) +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3968	792901	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE MANO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3969	792902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE FALANGES DE PIE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3970	792920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACION INTERNA DE HUESOS PELVIANOS +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3971	793101	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) DE CLAVICULA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3972	793102	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE ESCAPULA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3973	793103	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA DE COSTILLA O ESTERNON	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
3974	793201	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3975	793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
3976	793203	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3977	793204	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3978	793205	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDILEA E INTERCONDILEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3979	793206	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE EPICONDILO O EPITROCLEA DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3980	793210	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE HUMERO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3981	793301	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3982	793302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CUBITO O DE OLECRANON CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3983	793303	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CUBITO O RADIO CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3984	793304	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CUPULA RADIAL) CON FIJACION INTERNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
3985	793305	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3986	793306	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3987	793307	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE CUBITO Y RADIO CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3988	793403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO CON FIJACION INTERNA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
3989	793404	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3990	793406	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACION INTERNA VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
3991	793501	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FEMUR (CUELLO, INTERTROCANTERICA, SUPRACONDILEA) CON FIJACION INTERNA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
		(DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)		
3992	793502	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN DIAFISIS DE FEMUR CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3993	793601	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN ROTULA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
3994	793707	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3995	793708	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3996	793709	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3997	793710	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DIAFISIARIO CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
3998	793711	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
3999	793712	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONE DISTAL CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4000	793713	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4001	793714	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ESPINA TIBIAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4002	793715	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4003	793716	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4004	793717	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4005	793718	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4006	793719	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACION EXTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4007	793801	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4008	793804	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CALCANEO CON FIJACION INTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4009	793902	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MAS) CON FIJACION INTERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4010	793910	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4011	793911	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4012	793912	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4013	793920	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETABULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4014	793921	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4015	793922	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE LAMINA CUADRILATERA CON ABORDAJE ANTERIOR MAS VENTANA LATERAL ILIOINGUINAL CON FIJACION INTERNA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4016	793930	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA ANTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4017	793932	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4018	793935	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA ANTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4019	793937	REDUCCION DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4020	793940	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA ANTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4021	793942	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4022	793944	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA ANTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4023	793946	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4024	793950	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA ANTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4025	793952	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORACICA, LUMBAR O SACRA) VIA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4026	794101	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO SIN FIJACION	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4027	794102	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN HUMERO CON FIJACION	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4028	794201	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO SIN FIJACION	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4029	794202	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN CUBITO O RADIO CON FIJACION	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4030	794203	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO SIN FIJACION	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4031	794204	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN RADIO Y CUBITO CON FIJACION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4032	794501	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR SIN FIJACION	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4033	794502	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA EN FEMUR CON FIJACION	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4034	794601	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE SIN FIJACION	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4035	794602	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4036	794603	REDUCCION CERRADA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACION	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4037	794604	REDUCCION INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4038	795101	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4039	795102	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HUMERO +	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4040	795201	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO SIN FIJACION	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4041	795202	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO O CUBITO CON FIJACION	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4042	795203	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO SIN FIJACION	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4043	795204	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE RADIO Y CUBITO CON FIJACION	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4044	795501	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4045	795502	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE FEMUR	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4046	795601	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4047	795602	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONE CON FIJACION +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4048	795603	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4049	795604	REDUCCION ABIERTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4050	796101	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUMERO SOD +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4051	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CUBITO O RADIO +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4052	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES) +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4053	796401	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO SOD+	$ 911.289,58	911.289,58
4054	796501	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FEMUR SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4055	796601	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONE SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4056	796801	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE SOD +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4057	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE ROTULA	$ 911.289,58	911.289,58
4058	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4059	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4060	797101	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN HOMBRO SOD +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4061	797201	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN CODO SOD +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4062	797301	REDUCCION CERRADA DE LUXACION EN MUÑECA SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4063	797401	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPIANA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4064	797402	REDUCCION CERRADA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4065	797403	REDUCCION CERRADA DE LUXACION METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4066	797404	REDUCCION CERRADA DE LUXACION INTERFALANGICA (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4067	797502	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4068	797601	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE RODILLA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4069	797602	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TIBIOPERONERA PROXIMAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4070	797603	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA DE ROTULA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4071	797701	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TRAUMATICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4072	797801	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4073	797802	REDUCCION CERRADA DE LUXACION TARSO-METARSIANOS CON FIJACION PERCUTANEA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4074	797803	REDUCCION CERRADA DE LUXACIONES METATARSO-FALANGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4075	797901	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE COLUMNA TORACICA O LUMBAR	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4076	797902	REDUCCION CERRADA DE LUXACION DE SACRO Y COCCIX	$ 677.916,61	677.916,61
4077	798101	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4078	798102	REDUCCION ABIERTA DE LA LUXACION GLENOHUMERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4079	798201	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA CABEZA RADIAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4080	798302	REDUCCION DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4081	798303	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ARTROSCOPICA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
4082	798401	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4083	798402	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPIANA VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4084	798403	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4085	798404	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4086	798405	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4087	798406	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALANGICA O INTERFALANGICA VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4088	798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMATICA DE CADERA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4089	798601	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE LA RODILLA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4090	798602	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE ROTULA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4091	798701	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4092	798801	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TARSO-METARSIANOS (UNO O MAS) CON DISPOSITIVO DE FIJACION +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4093	798901	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION CERVICAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4094	799101	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4095	799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4096	799202	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA DE CODO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4097	799203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4098	799204	REDUCCION ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4099	799301	REDUCCION ABIERTA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4100	799302	REDUCCION CERRADA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4101	799401	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO (UNA O MAS ARTICULACIONES)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4102	799402	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4103	799501	REDUCCION DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4104	799502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACION INTERNA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4105	799503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA SACROILIACO CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4106	799504	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA EN RAMAS PUBIS CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4107	799505	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA EN SINFISIS PUBICA CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4108	799506	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA EN PELVIS (ACETABULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR) CON FIJACION INTERNA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4109	799507	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETABULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACION INTERNA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4110	799601	REDUCCION DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4111	799602	REDUCCION DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACION INTERNA POR ARTROSCOPIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4112	799701	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4113	799702	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4114	799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4115	799704	REDUCCION ABIERTA CON FIJACION DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4116	799710	REDUCCION CON FIJACION DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4117	799803	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4118	799804	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4119	799805	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HALLUX	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4120	799806	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESOS SESAMOIDEOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4121	799807	REDUCCION ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACION DE HUESO DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4122	7DS001	DERECHOS DE SALA DE DIALISIS PERITONEAL	$ 148.844,96	148.844,96
4123	800101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMIA +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4124	800102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4125	800103	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4126	800104	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4127	800201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMIA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4128	800202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4129	800301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMIA +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4130	800302	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4131	800401	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMIA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4132	800402	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACION DE MANO POR ARTROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4133	800501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4134	800502	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4135	800601	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMIA +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4136	800602	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4137	800701	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMIA +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4138	800702	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4139	800801	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMIA +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4140	800802	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4141	801101	ARTROTOMIA DE HOMBRO CON EXPLORACION DE ARTICULACION ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4142	801201	ARTROTOMIA DE CODO SOD	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
4143	801301	ARTROTOMIA DE MUÑECA SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4144	801401	ARTROTOMIA EN MANO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4145	801501	ARTROTOMIA DE PELVIS SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4146	801601	ARTROTOMIA DE RODILLA SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4147	801701	ARTROTOMIA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4148	801801	ARTROTOMIA EN PIE SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4149	802101	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE HOMBRO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4150	802201	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE CODO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4151	802301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE MUÑECA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4152	802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MAS) DE MANO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4153	802501	ARTROSCOPIA DE PELVIS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4154	802502	ARTROSCOPIA DE CADERA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4155	802601	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE RODILLA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4156	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4157	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4158	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4159	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4160	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4161	803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4162	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4163	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4164	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4165	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VIA ABIERTA	$ 911.289,58	911.289,58
4166	804001	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4167	804002	COLOCACION DE DISPOSITIVO INTERESPINOSO O INTERFACETARIO O INTERLAMINAR	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4168	804101	DIVISION DE CAPSULA. LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4169	804201	DIVISION DE CAPSULA. LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CODO SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4170	804301	CAPSULOTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4171	804302	CAPSULOTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4172	804303	DESBRIDAMIENTO DE FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4173	804304	RESECCION DE LESION EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4174	804310	LIBERACION DE BANDAS CONSTRICTIVAS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4175	804401	CAPSULODESIS EN MANO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4176	804501	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CADERA VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4177	804502	DIVISION DE CAPSULA, LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE CADERA VIA ARTROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4178	804503	RESECCION O PLICATURA DE LIGAMENTO REDONDO VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4179	804504	RESECCION O PLICATURA DE LIGAMENTO REDONDO VIA ARTROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4180	804601	DIVISION DE CAPSULA. LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE RODILLA SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4181	804701	DIVISION DE CAPSULA. LIGAMENTO O CARTILAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4182	804802	CORRECCION DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN-HERNDON-STRONG]	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4183	804803	LIBERACION DE PIE TALO [GOLDNER]	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4184	805106	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4185	805107	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR PERCUTANEO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4186	805108	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA ANTERIOR ENDOSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4187	805109	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4188	805111	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA POSTERIOR PERCUTANEO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4189	805112	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4190	805115	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4191	805116	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4192	805117	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4193	805118	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4194	805119	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07
4195	805120	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORACICO VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4196	805124	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4197	805126	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4198	805127	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4199	805128	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4200	805129	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR PERCUTANEA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4201	805130	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VIA POSTERIOR ENDOSCOPICA	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4202	805201	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL CERVICAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4203	805202	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL TORACICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4204	805203	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL LUMBAR	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4205	805903	ABLACION DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4206	805904	ABLACION DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4207	805905	ABLACION DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4208	805906	ABLACION DE DISCO TORACICO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4209	805907	ABLACION DE DISCO TORACICO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4210	805908	ABLACION DE DISCO TORACICO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4211	805909	ABLACION DE DISCO LUMBAR (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4212	805910	ABLACION DE DISCO LUMBAR (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4213	805911	ABLACION DE DISCO LUMBAR (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4214	805912	ABLACION DE FORAMEN NEURAL CERVICAL (FORAMINOPLASTIA) VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4215	805913	ABLACION DE FORAMEN NEURAL CERVICAL (FORAMINOPLASTIA) VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4216	805914	ABLACION DE FORAMEN NEURAL CERVICAL (FORAMINOPLASTIA) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4217	805915	ABLACION DE FORAMEN NEURAL TORACICO (FORAMINOPLASTIA) VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4218	805916	ABLACION DE FORAMEN NEURAL TORACICO (FORAMINOPLASTIA) VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4219	805917	ABLACION DE FORAMEN NEURAL TORACICO (FORAMINOPLASTIA) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4220	805918	ABLACION DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4221	805919	ABLACION DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4222	805920	ABLACION DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4223	806101	MENISCECTOMIA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4224	806102	MENISECTOMIA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4225	806103	MENISCECTOMIA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4226	806104	MENISCECTOMIA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4227	807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4228	807101	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4229	807102	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4230	807103	SINOVECTOMIA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4231	807104	SINOVECTOMIA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4232	807201	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4233	807202	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4234	807203	SINOVECTOMIA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4235	807204	SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4236	807301	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4237	807302	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
4238	807303	SINOVECTOMIA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4239	807304	SINOVECTOMIA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4240	807401	SINOVECTOMIA INTERFALANGICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4241	807402	SINOVECTOMIA EN CARPO VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
4242	807403	SINOVECTOMIA METACARPOFALANGICA (UNA O MAS) VIA ABIERTA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4243	807404	SINOVECTOMIA DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4244	807501	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA. VIA ABIERTA +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4245	807502	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA. VIA ABIERTA +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4246	807503	SINOVECTOMIA PARCIAL DE CADERA. POR ARTROSCOPIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4247	807504	SINOVECTOMIA TOTAL DE CADERA. POR ARTROSCOPIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4248	807601	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4249	807602	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4250	807603	SINOVECTOMIA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4251	807604	SINOVECTOMIA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4252	807705	SINOVECTOMIA DE TOBILLO ANTERIOR VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4253	807706	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4254	807707	SINOVECTOMIA DE TOBILLO ANTERIOR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4255	807708	SINOVECTOMIA DE TOBILLO POSTERIOR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4256	807801	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4257	807802	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4258	807803	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4259	807804	SINOVECTOMIA DE ARTICULACIONES METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4260	808011	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4261	808012	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4262	808021	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4263	808022	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CODO POR ARTROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4264	808031	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA O PUÑO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4265	808032	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4266	808041	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4267	808042	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4268	808051	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACION DE CADERA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4269	808052	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4270	808061	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4271	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4272	808071	DESBRIDAMIENTO. LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4273	808072	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VIA ARTROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4274	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4275	808074	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VIA ARTROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4276	808076	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALANGICA VIA ARTROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4277	808101	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4278	808102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4279	808112	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4280	808114	REMOCION DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4281	808201	RESECCION DE HIGROMA DE CODO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4282	808202	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CODO POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4283	808204	REMOCION DE PLICAS DE CODO POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4284	808302	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4285	808402	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MAS) POR ARTROSCOPIA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4286	808502	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4287	808601	RESECCION DE HIGROMA DE RODILLA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4288	808602	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4289	808604	RESECCION DE PLICAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4290	808702	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4291	808703	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL EN TOBILLO SIN INJERTO VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4292	808704	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL EN TOBILLO SIN INJERTO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4293	808705	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL EN TOBILLO CON INJERTO VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4294	808706	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL EN TOBILLO CON INJERTO VIA ARTROSCOPICA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
4295	808802	EXTRACCION DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE PIE O ARTEJOS (UNO O MAS) POR ARTROSCOPIA +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4296	810001	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4297	810002	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4298	810003	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VERTEBRAS VIA POSTERIOR TRES O MAS TIEMPOS	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4299	810004	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4300	810005	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4301	810006	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VERTEBRAS VIA POSTERIOR TRES O MAS TIEMPOS	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4302	810007	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4303	810008	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VERTEBRAS VIA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4304	810009	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VERTEBRAS VIA POSTERIOR TRES O MAS TIEMPOS	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4305	810010	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4306	810011	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4307	810012	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR TRES O MAS TIEMPOS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4308	810013	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE CUATRO A SIETE VERTEBRAS VIA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4309	810014	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE CUATRO A SIETE VERTEBRAS VIA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4310	810015	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD CUATRO A SIETEVERTEBRAS VIA ANTERIOR TRES O MAS TIEMPOS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4311	810016	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VERTEBRAS VIA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4312	810017	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDADDE OCHO O MAS VERTEBRAS VIA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4313	810018	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VERTEBRAS VIA ANTERIOR TRES O MAS TIEMPOS	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4314	810019	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACION VERTEBRAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4315	810020	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACION COSTOVERTEBRAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4316	810021	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACION COSTOCOSTAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4317	810022	CORRECCION O RECONSTRUCCION DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACION COSTOPELVICO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4318	810023	REVISION O AJUSTE DE DISPOSITIVO DE ELONGACION	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4319	810024	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4320	810025	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4321	810026	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA ANTERIOR EN TRES TIEMPOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4322	810027	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA ANTERIOR EN CUATRO O MAS TIEMPOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4323	810028	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4324	810029	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4325	810030	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR EN TRES TIEMPOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4326	810031	REFUSION DE CORRECCION O RECOSTRUCCION DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VIA POSTERIOR EN CUATRO O MAS TIEMPOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4327	810101	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACION	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4328	810102	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TECNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACION	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4329	810103	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4330	810106	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4331	810107	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACION	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4332	810108	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4333	810109	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4334	810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4335	810113	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4336	810115	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSCERVICAL SIN INSTRUMENTACION	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4337	810116	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSCERVICAL CON INSTRUMENTACION	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4338	810117	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4339	810118	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION PERCUTANEA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4340	810119	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION ABIERTA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4341	810120	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION PERCUTANEA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4342	810121	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4343	810122	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION PERCUTANEA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4344	810123	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION ABIERTA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4345	810124	ARTRODESIS UNION CERVICOTORACICA VIA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4346	810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4347	810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4348	810207	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4349	810208	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4350	810209	ARTRODESIS INTERSOMATICA CERVICAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4351	810210	ARTRODESIS INTERSOMATICA CERVICAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4352	810211	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4353	810212	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4354	810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4355	810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4356	810308	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4357	810309	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4358	810310	LAMINOPLASTIA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4359	810311	LAMINOPLASTIA CERVICAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4360	810405	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4361	810406	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4362	810407	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4363	810408	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE MAS DE TRES SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4364	810409	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE MAS DE TRES SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4365	810410	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE MAS DE TRES SIN INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4366	810411	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4367	810412	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4368	810413	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4369	810414	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4370	810415	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4371	810416	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE MAS DE TRES VERTEBRAS VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4372	810417	ARTRODESIS DE LA UNION TORACOLUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4373	810418	ARTRODESIS DE LA UNION TORACOLUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4374	810419	ARTRODESIS DE LA UNION TORACOLUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4375	810420	ARTRODESIS DE LA UNION TORACOLUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4376	810421	ARTRODESIS DE LA UNION TORACOLUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4377	810422	ARTRODESIS DE LA UNION TORACOLUMBAR VIA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4378	810423	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4379	810424	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4380	810425	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4381	810426	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICO MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4382	810427	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4383	810428	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4384	810429	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICO DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4385	810430	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4386	810431	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4387	810432	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICO MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4388	810433	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4389	810434	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCOPICA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4390	810435	LAMINOPLASTIA TORACICA HASTA TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4391	810436	LAMINOPLASTIA TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4392	810508	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4393	810509	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4394	810510	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4395	810511	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4396	810512	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4397	810513	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4398	810514	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4399	810515	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE UNA A TRES VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4400	810516	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4401	810517	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4402	810518	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4403	810519	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MAS DE SEIS VERTEBRAS TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4404	810520	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4405	810521	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4406	810522	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4407	810523	ARTRODESIS DE LA REGION TORACOLUMBAR TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4408	810524	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR DE UNO A TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4409	810525	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR DE UNO A TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4410	810526	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4411	810527	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTERIOR MAS DE TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4412	810528	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4413	810529	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4414	810530	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL MAS DE TRES SEGMENTOS ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4415	810531	ARTRODESIS INTERSOMATICA TORACICA VIA POSTEROLATERAL MAS DE TRES SEGMENTOS PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4416	810532	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA VIA POSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4417	810533	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICA VIA POSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4418	810605	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4419	810606	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4420	810607	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4421	810608	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4422	810609	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4423	810610	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4424	810613	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4425	810614	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4426	810615	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4427	810616	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4428	810617	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4429	810618	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA ANTERIOR O LATERAL MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4430	810619	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4431	810620	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4432	810621	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4433	810622	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4434	810623	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4435	810624	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACION VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4436	810625	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR TRANSACRA CON INSTRUMENTACION VIA RETROPERITONEAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4437	810626	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4438	810627	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4439	810628	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4440	810629	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4441	810630	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4442	810631	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4443	810632	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4444	810633	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4445	810634	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4446	810635	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4447	810636	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4448	810637	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4449	810638	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4450	810639	ARTRODESIS INTERSOMATICA LUMBOSACRA MAS DE DOS SEGMENTOS TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4451	810640	ARTRODESIS INTERSOMATICA TRANSACRA ANTERIOR VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4452	810641	ARTRODESIS INTERSOMATICA TRANSACRA ANTERIOR VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4453	810642	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4454	810643	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4455	810644	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4456	810645	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MAS DE UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4457	810646	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MAS DE UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4458	810647	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MAS DE UNA VERTEBRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4459	810648	LAMINOPLASTIA LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4460	810649	LAMINOPLASTIA LUMBAR MAS DE DOS SEGMENTOS VIA POSTERIOR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4461	810817	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4462	810818	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4463	810819	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4464	810820	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4465	810821	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4466	810822	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4467	810823	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4468	810824	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR MAS DE TRES VERTEBRAS CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4469	810825	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4470	810826	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4471	810827	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4472	810828	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOSACRA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4473	810829	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4474	810830	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4475	810831	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4476	810832	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4477	810833	ARTRODESIS DE LA UNION LUMBOPELVICA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION INTERCRESTILIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4478	810834	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4479	810835	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4480	810836	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4481	810837	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILIACA TECNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACION VIA PERCUTANEA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4482	810838	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4483	810839	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4484	810840	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4485	810841	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4486	810842	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4487	810843	ARTRODESIS INTERSOMATICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MAS DE DOS SEGMENTOS VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4488	810844	ARTRODESIS INTERSOMATICA TRANSACRA POSTERIOR VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4489	810845	ARTRODESIS INTERSOMATICA TRANSACRA POSTERIOR VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4490	810846	ARTRODESIS INTERSOMATICA INTERESPINOSA POSTERIOR VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4491	810847	ARTRODESIS INTERSOMATICA INTERESPINOSA POSTERIOR VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4492	810848	ARTRODESIS INTERSOMATICA INTERESPINOSA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4493	810849	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL DE UNA VERTEBRA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4494	810850	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VIA POSTEROLATERAL MAS DE UNA VERTEBRA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4495	810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4496	810852	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA PERCUTANEA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4497	810853	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA ENDOSCOPICA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4498	810901	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL ANTERIOR O LATERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4499	810902	REFUSION DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4500	810903	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR O LATERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4501	810904	REFUSION DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4502	810905	REFUSION DE COLUMNA CERVICOTORACICA ANTERIOR O LATERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4503	810906	REFUSION DE COLUMNA CERVICOTORACICA POSTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4504	810907	REFUSION DE COLUMNA TORACICA ANTERIOR O LATERAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4505	810908	REFUSION DE COLUMNA TORACICA POSTERIOR	$ 3.875.743,54	3.875.743,54
4506	810909	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR ANTERIOR O LATERAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4507	810910	REFUSION DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4508	810915	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA ANTERIOR O LATERAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4509	810916	REFUSION DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4510	810917	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA ANTERIOR O LATERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4511	810918	REFUSION DE COLUMNA LUMBOPELVICA POSTERIOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4512	811101	ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4513	811102	ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4514	811103	REVISION DE ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4515	811104	REVISION DE ARTRODESIS TIBIO-TALAR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4516	811202	ARTRODESIS SUBTALAR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4517	811203	ARTRODESIS SUBTALAR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4518	811204	ARTRODESIS SUBTALAR DISTRACTORA CON INJERTO ESTRUCTURAL VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4519	811205	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4520	811206	ARTRODESIS CALCANEOCUBOIDEA VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4521	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4522	811208	ARTRODESIS TALONAVICULAR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4523	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4524	811210	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4525	811211	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4526	811212	ARTRODESIS INTERFALANGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4527	811213	REVISION DE ARTRODESIS DE MEDIOPIE O RETROPIE (CADA UNA) VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4528	811214	REVISION DE ARTRODESIS DE MEDIOPIE O RETROPIE (CADA UNA) VIA ARTROSCOPICA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
4529	811215	REVISION DE ARTRODESIS METATARSOFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
4530	811216	REVISION DE ARTRODESIS INTERFALANGICA (CADA UNA) VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4531	812001	ARTRODESIS DE ARTICULACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4532	812101	ARTRODESIS DE CADERA SOD	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4533	812201	ARTRODESIS DE RODILLA SOD	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4534	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4535	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4536	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4537	812402	ARTRODESIS DE CODO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4538	812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4539	812504	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4540	812505	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4541	812506	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4542	812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4543	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4544	812701	ARTRODESIS METACARPO-FALANGICA SOD +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4545	812801	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4546	812802	ARTRODESIS INTERFALANGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4547	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4548	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4549	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4550	812910	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4551	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4552	812912	ARTRODESIS SACROILIACA SIN INSTRUMENTACION	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4553	812913	ARTRODESIS SACROILIACA CON INSTRUMENTACION	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4554	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL TARSO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4555	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION DE HUESOS DEL METATARSO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4556	814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DE CADERA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4557	814102	CONDROPLASTIA DE ABRASION DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4558	814103	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4559	814104	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4560	814210	REPARACION DE RODILLA CINCO EN UNO: MENISCOPLASTIA, REPARACION DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, AVANZAMIENTO DE VASTUS MEDIAL O INTERNO, AVANZAMIENTO SEMITENDINOSO Y TRANSPOSICION DE (PATA DE GANSO O PES ANSERINUS)	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4561	814220	REPARACION TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIAL CON REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4562	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4563	814410	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4564	814420	REALINEAMIENTO DE ROTULA CON OSTEOTOMIA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4565	814501	REPARACION DE LIGAMENTO CRUZADO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4566	814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4567	814503	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4568	814504	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4569	814505	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTOLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4570	814506	RECONSTRUCCION LIGAMENTARIA DE ESQUINA POSTEROLATERAL O POSTEROMEDIAL CON INJERTO AUTOLOGO O ALOINJERTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4571	814507	REVISION DE RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4572	814508	REVISION DE RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4573	814601	OTRA CORRECCION LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CAPSULAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4574	814602	OTRA RECONSTRUCCION O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4575	814603	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION GLENOHUMERAL VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4576	814604	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION GLENOHUMERAL VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4577	814605	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4578	814606	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4579	814607	RECONSTRUCCION LIGAMENTARIA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR CON AUTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	$ 5.403.520,07	5.403.520,07

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4580	814608	RECONSTRUCCION LIGAMENTARIA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR CON AUTO O ALOINJERTO VIA ARTROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4581	814609	CORRECCION LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACION ESTERNOCLAVICULAR VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4582	814610	RECONSTRUCCION LIGAMENTARIA DE LUXACION ESTERNOCLAVICULAR CON AUTO O ALOINJERTO VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4583	814611	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ABIERTA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4584	814612	CORRECCION CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VIA ARTROSCOPICA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4585	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACION DE LA ROTULA)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4586	814704	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN MÁS OSTEOTOMÍA TIBIAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4587	814705	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL. MAS OSTEOTOMIA DE REALINEACION. MAS PLICATURA DE RETINACULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4588	814706	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4589	814707	RELAJACION DE RETINACULO LATERAL MAS REALINEACION DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4590	814708	FIJACION DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4591	814709	FIJACION E INJERTO OSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4592	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL. ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4593	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL. POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4594	814721	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4595	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4596	814723	LIBERACION DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4597	814724	REMODELACION DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4598	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASION PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4599	814726	REMODELACION DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4600	814727	REPARACION AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4601	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4602	814733	CONDROPLASTIA DE RODILLA CON INJERTO AUTOLOGO O ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4603	814905	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL, PERFORACIONES O CURETAJE DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4604	814906	RESECCION DE LESION OSTEOCONDRAL CON FIJACION EN TOBILLO POR ARTROSCOPIA+	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4605	814907	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4606	814908	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO O DISPOSTIVO VIA ABIERTA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4607	814909	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VIA ARTROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4608	814910	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON INJERTO O DISPOSTIVO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4609	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4610	815102	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4611	815103	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4612	815104	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4613	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4614	815301	REVISION REEMPLAZO PROTESICO PARCIAL DE CADERA +	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4615	815302	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCION DE AMBOS COMPONENTES (ACETABULAR Y FEMORAL)	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4616	815303	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCCION DE COMPONENTE ACETABULAR	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4617	815304	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCCION DE COMPONENTE FEMORAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4618	815401	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4619	815403	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (HEMIARTICULACION)	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4620	815404	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4621	815405	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL COMPLEJO DE RODILLA (ARTROSIS SECUNDARIA)	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4622	815406	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL EN ARTRODESIS DE RODILLA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4623	815503	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCCION DE COMPONENTE FEMORAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4624	815504	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCCION DE COMPONENTE TIBIAL	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4625	815505	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCCION DE COMPONENTE PATELAR	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4626	815506	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCION DE LOS TRES COMPONENTES (FEMORAL, TIBIAL Y PATELAR)	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4627	815601	REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE TOBILLO VIA ABIERTA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4628	815603	REVISION DE REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE TOBILLO VIA ABIERTA	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4629	815701	REEMPLAZO METATARSOFALANGICO CON DISPOSTIVO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4630	815810	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE TOBILLO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4631	817101	REEMPLAZO PROTESICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MAS) +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4632	817102	REEMPLAZO PROTESICO DE LA ARTICULACION TRAPECIO-METACARPIANA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4633	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION MUÑECA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4634	817202	ARTROPLASTIA RESECCION TRAPECIO-METACARPIANA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4635	817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALANGICA (UNA O MAS)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4636	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4637	817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCION DE LIGAMENTOS VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4638	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASION DE FALANGES POR ARTROSCOPIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4639	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4640	817301	REEMPLAZO PROTESICO DE LA MUÑECA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4641	817302	REVISION DE REEMPLAZO TOTAL DE MUÑECA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4642	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO)	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4643	817902	DESCOMPRESION DE HUESO DE MUÑECA O MANO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4644	817903	DESCOMPRESION DE HUESO DE MUÑECA O MANO VIA ARTROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4645	818010	REEMPLAZO PROTESICO PRIMARIO TOTAL DE HOMBRO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4646	818020	REEMPLAZO PROTESICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO +	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4647	818101	REEMPLAZO PROTESICO PARCIAL DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4648	818201	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4649	818202	REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4650	818203	REVISION DE REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4651	818204	REVISION DE REPARACION DE LUXACION RECURRENTE DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4652	818301	ACROMIOPLASTIA VIA ABIERTA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4653	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4654	818303	CORACOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4655	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4656	818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION HOMBRO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4657	818307	REPARACION DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA +	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4658	818401	REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO SOD	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4659	818501	REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO SOD	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4660	818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICION O RESECCION DEL CODO	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4661	818602	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4662	818603	LIBERACION ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4663	818604	REPARACION AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4664	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO. VIA ARTROSCOPICA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4665	818607	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4666	818608	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4667	818609	CAPSULORRAFIA DE CODO VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4668	818610	CAPSULORRAFIA DE CODO VIA ARTROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4669	818701	REVISION DE REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE HOMBRO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4670	818702	REVISION DE REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE HOMBRO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4671	818703	REVISION DE REEMPLAZO PARCIAL PROTESICO DE CODO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4672	818704	REVISION DE REEMPLAZO TOTAL PROTESICO DE CODO	$ 4.665.667,23	4.665.667,23
4673	819002	VERTEBROPLASTIA CON COLOCACION DE DISPOSITIVO INTRACORPORAL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4674	819003	REEMPLAZO DE ARTICULACION FACETARIA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4675	819004	VERTEBROPLASTIA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4676	819005	CIFOPLASTIA	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4677	819006	ARTROPLASTIA CERVICAL UN NIVEL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4678	819007	ARTROPLASTIA CERVICAL MAS DE UN NIVEL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4679	819008	ARTROPLASTIA LUMBAR O LUMBOSACRA UN NIVEL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4680	819009	ARTROPLASTIA LUMBAR O LUMBOSACRA MAS DE UN NIVEL	$ 3.694.341,86	3.694.341,86
4681	819101	ASPIRACION ARTICULAR	$ 83.134,14	83.134,14
4682	819201	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE LA ARTICULACION O EL LIGAMENTO	$ 30.665,05	30.665,05
4683	819202	APLICACION DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS DENTRO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	$ 30.743,56	30.743,56
4684	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4685	819330	SUTURA DEL FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VIA ARTROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4686	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4687	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4688	819401	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE TENDON DE AQUILES VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4689	819402	RECONSTRUCCION PRIMARIA DE TENDON DE AQUILES VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4690	819403	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CON TRANSFERENCIAS TENDINOSAS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4691	819404	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CON CALCANEOPLASTIA VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4692	819405	RECONSTRUCCION DE TENDON DE AQUILES CON CALCANEOPLASTIA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4693	819406	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4694	819407	RECONSTRUCCION DE TENDONES PERONEOS VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4695	819409	RECONSTRUCCION DE TENDONES TIBIALES VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4696	819501	REPARACION O RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CALCANEO NAVICULAR	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4697	819520	REPARACION O RECONSTRUCCION DEL TENDON ROTULIANO +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4698	819601	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4699	819602	CONDRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4700	819701	REVISION DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4701	819702	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4702	819703	REVISION REEMPLAZO PROTESICO DE HOMBRO COMPONENTE GLENOIDEO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4703	819704	REVISION REEMPLAZO PROTESICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4704	819706	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CODO	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4705	819801	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EN ESTRUCTURAS ARTICULARES	$ 677.887,47	677.887,47
4706	820101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON DE MANO	$ 911.289,58	911.289,58
4707	820102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON DE MANO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4708	820201	MIOTOMIA DE MANO SOD	$ 911.289,58	911.289,58
4709	820301	BURSOTOMIA DE MANO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4710	820401	INCISION Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR SOD	$ 911.289,58	911.289,58
4711	820901	OTRA INCISION DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4712	821101	TENOTOMIA DE MANO PALMAR	$ 911.289,58	911.289,58
4713	821102	TENOTOMIA DE MANO DORSAL	$ 911.289,58	911.289,58
4714	821201	FASCIOTOMIA DE MANO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4715	821901	DIVISION DE MUSCULO DE MANO	$ 911.289,58	911.289,58
4716	822101	RESECCION DE GANGLION EN DEDOS DE MANO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4717	822104	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4718	822105	RESECCION DE GANGLION DORSAL DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4719	822106	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4720	822107	RESECCION DE GANGLION PALMAR DE MUÑECA VIA ARTROSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4721	822201	ESCISION DE TUMOR BENIGNO EN MUSCULO DE MANO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4722	823101	BURSECTOMIA DE MANO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4723	823201	ESCISION DE TENDON DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD+	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4724	823301	TENOSINOVECTOMIA EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4725	823303	TENOSINOVECTOMIA FLEXORES MANO (UNO O MAS)	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4726	823307	TENOSINOVECTOMIA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4727	823311	TENOSINOVECTOMIA EN DEDOS DE MANO (UNO O MAS)	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4728	823401	ESCISION DE MUSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4729	823501	ESCISION DE APONEUROSIS EN MANO +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4730	823502	ESCISION DE APONEUROSIS EN DEDOS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4731	823601	OTRA MIECTOMIA DE MANO SOD	$ 911.289,58	911.289,58
4732	824101	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDON DE MANO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4733	825101	AVANZAMIENTO DE TENDON DE MANO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4734	825201	RETROCESO DE TENDON DE MANO SOD	$ 2.257.266,17	2.257.266,17
4735	825301	TRANSFERENCIA TENDON MANO Y PUÑO (UNO O MAS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4736	825303	TRANSFERENCIA DE PRONADOR A SUPINADOR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4737	825304	TRANSFERENCIA DE FLEXORES A EXTENSORES (ESPASTICOS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4738	825305	TRANSFERENCIA DE EXTENSOR DEL PULGAR	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4739	825306	REINSERCION DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4740	825307	TRASFERENCIA DE TENDON EN MANO O MUÑECA (UNO O MAS)	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4741	825401	REFIJACION DE MUSCULO DE MANO SOD	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4742	825501	ALARGAMIENTO DE TENDON EN MANO (UNO O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4743	826101	PULGARIZACION O POLICITACION CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR SOD +	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4744	827101	RECONSTRUCCION PARA PLASTIA DE OPONENTE	$ 3.875.777,54	3.875.777,54

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4745	827102	INJERTO DE TENDON DE FLEXOR DE UN DEDO CON RECONSTRUCCION DE POLEAS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4746	827104	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DEL TENDÓN	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4747	827201	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS EN MANO CON INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4748	827901	INJERTO DE TENDON EXTENSOR DE MANO O DEDOS (UNO O MAS)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4749	828101	TRASPOSICION DE DEDO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4750	828302	CORRECCION DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MAS ESPACIOS)	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4751	828340	CORRECCION QUIRURGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MAS DEDOS)	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4752	828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MAS) +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4753	828601	MIOTENOPLASTIA DE MANO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4754	828903	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VIA ABIERTA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4755	828904	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VIA ARTROSCOPICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4756	828905	REPARACION DE HERNIA FASCIAL VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4757	828906	REPARACION DE HERNIA FASCIAL VIA ARTROSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4758	828907	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VIA ABIERTA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
4759	828908	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VIA ARTROSCOPICA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4760	828910	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO EN MANO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4761	829111	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MAS)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4762	829201	ASPIRACION DE BURSA DE MANO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4763	829301	ASPIRACION DE OTRO TEJIDO BLANDO DE MANO SOD	$ 911.289,58	911.289,58
4764	829401	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO SOD	$ 30.665,05	30.665,05
4765	829501	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON DE MANO SOD +	$ 30.665,05	30.665,05
4766	829901	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EN MANO	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4767	830101	EXPLORACION DE VAINA DE TENDON	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4768	830102	ELIMINACION DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDON	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4769	830232	MIOTOMIA PTERIGOIDEO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4770	830233	MIOTOMIA DE MASETERO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4771	830301	EXTRACCION DE DEPOSITOS CALCAREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4772	831101	TENOTOMIAS EN PIE (UNA O MAS)	$ 677.916,61	677.916,61
4773	831202	LIBERACION PERIARTICULAR DE LA CADERA. CON TENOTOMIAS (CADERA COLGANTE)	$ 677.916,61	677.916,61
4774	831203	LIBERACION DE FLEXORES DE CADERA	$ 677.916,61	677.916,61
4775	831204	LIBERACION DE MUSCULATURA PELVITROCANTERICA	$ 677.916,61	677.916,61
4776	831205	TENOTOMIA DE CADERA VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
4777	831206	TENOTOMIA DE CADERA VIA ENDOSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
4778	831207	CAPSULORRAFIA DE CADERA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4779	831303	TENOTOMIAS EN BRAZO (UNA O MAS)	$ 677.916,61	677.916,61
4780	831304	TENOTOMIAS EN ANTEBRAZO (UNA O MAS)	$ 677.916,61	677.916,61
4781	831306	TENOTOMIA MULTIPLE EN CUELLO	$ 677.916,61	677.916,61
4782	831307	TENOTOMIA DE MUSCULOS ESPASTICOS (EXCEPTO MANO)	$ 677.916,61	677.916,61
4783	831308	TENOTOMIA EN PIERNA (UNA O MAS)	$ 677.916,61	677.916,61
4784	831309	TENOTOMIAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MAS)	$ 677.916,61	677.916,61
4785	831310	TENOTOMIA TORACICA (EN DESCOMPRESION)	$ 677.916,61	677.916,61
4786	831311	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ABIERTA	$ 677.916,61	677.916,61
4787	831312	TENOTOMIAS EN HOMBRO (UNA O MAS) VIA ARTROSCOPICA	$ 677.916,61	677.916,61
4788	831401	FASCIOTOMIA O INCISION DE FASCIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4789	831402	INCISION DE BANDA ILIOTIBIAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4790	831403	ESCISION PARCIAL DE FASCIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4791	831450	FASCIOTOMIA EN ANTEBRAZO. CON LIBERACION EN CODO Y MUÑECA +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4792	831451	FASCIOTOMIA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4793	831461	FASCIOTOMIA EN MUSLO. POR UNA O MAS INCISIONES	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4794	831471	FASCIOTOMIA EN PIERNA POR UNA O MAS INCISIONES	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4795	831481	FASCIOTOMIA EN PIE. UNA O MAS INCISIONES	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4796	831901	INCISION DE MUSCULO	$ 677.916,61	677.916,61
4797	831902	LIBERACION DE MUSCULO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4798	831905	ESCALENOTOMIA O SECCION DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCION DE COSTILLA CERVICAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4799	831910	SECCION DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4800	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA ABIERTA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4801	832104	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA PERCUTANEA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4802	832105	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VIA ENDOSCOPICA	$ 911.289,58	911.289,58
4803	833001	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA. MUSCULO. TENDON O SINOVIAL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4804	833201	ESCISION DE MIOSITIS OSIFICANTE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4805	833202	ESCISION O RESECCION DE: HUESO HETEROTOPICO O CALCIFICACIONES HETEROTOPICAS EN MUSCULO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4806	833203	ESCISION DE CICATRIZ DE MUSCULO +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4807	833901	ESCISION DE QUISTE POPLITEO [DE BAKER]	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4808	834101	ESCISION DE TENDON PARA INJERTO (DIFERENTE REGION OPERATORIA) SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4809	834201	ESCISION DE APONEUROSIS O VAINA DE TENDON	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4810	834202	TENOSINOVECTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4811	834203	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO, TENDON Y FASCIA EXCEPTO MANO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4812	834301	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4813	834401	OTRA FASCIECTOMIA VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4814	834402	OTRA FASCIECTOMIA VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4815	834501	DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4816	834502	ESCALENECTOMIA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4817	834601	RESECCION DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MUSCULO O TENDON; EXCEPTO MANO Y PIE VIA ABIERTA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4818	834602	RESECCION DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MUSCULO O TENDON; EXCEPTO MANO Y PIE VIA ENDOSCOPICA	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4819	835101	BURSECTOMIA ABIERTA SOD +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4820	835501	BURSECTOMIA POR ARTROSCOPIA SOD +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4821	836002	SUTURA DE MUSCULO O TENDON O FASCIA O APONEUROSIS VIA ENDOSCOPICA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4822	836101	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4823	836201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MAS)	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4824	836301	REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR VIA ABIERTA	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4825	836302	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR VIA ENDOSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4826	836303	REVISION DE REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR SIN AUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
4827	836304	REVISION DE REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACION VIA ABIERTA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4828	836306	REVISION DE REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR SIN AUMENTACION VIA ARTROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4829	836307	REVISION DE REPARACION DEL MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACION VIA ARTROSCOPICA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4830	836405	SUTURA DEL TENDON [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4831	836406	SUTURA DE TENDONES DE CADERA VIA ABIERTA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4832	836407	SUTURA DE TENDONES DE CADERA VIA ENDOSCOPICA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4833	837101	AVANZAMIENTO DE TENDON SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4834	837201	RETROCESO DE TENDON SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4835	837301	REFIJACION DE TENDON SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4836	837401	REFIJACION DE MUSCULO SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4837	837501	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4838	837502	TRANSFERENCIAS DE TENDON EN PARALISIS RADIAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4839	837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4840	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4841	837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4842	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4843	837604	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4844	837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4845	837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4846	837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4847	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4848	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4849	837702	TRANSPOSICION DE MUSCULO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4850	837901	TRANSPOSICION DE MUSCULO CON DESCENSO DE TROCANTER MAYOR Y OSTEOTOMIA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
4851	838101	INJERTO DE TENDON SOD §	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4852	838201	INJERTO DE MUSCULO O FASCIA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4853	838401	LIBERACION DE MUSCULO TENDON Y FASCIA DE PIE TALO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4854	838501	ALARGAMIENTO TENDON POPLITEO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4855	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDON DE AQUILES	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4856	838505	REPARACION DEL TENDON DEL CUADRICEPS CON FIJACION +	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4857	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4858	838602	CUADRICEPLASTIA POR ARTROSCOPIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4859	838710	MUSCULOPLASTIA O MIOPLASTIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4860	838810	MIOTENOPLASTIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4861	838820	FIJACION DE TENDON	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4862	838830	TENODESIS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4863	838910	ALARGAMIENTO DE FASCIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4864	838940	FASCIOPLASTIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4865	838960	PLICATURA DE FASCIA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4866	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDON [TENOLISIS]	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4867	839401	ASPIRACION DE BURSA SOD	$ 79.366,98	79.366,98
4868	839501	ASPIRACION DE OTRO TEJIDO BLANDO SOD	$ 78.421,55	78.421,55
4869	839601	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE BURSA SOD	$ 30.665,05	30.665,05
4870	839701	INYECCION O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA DENTRO DE TENDON SOD	$ 30.665,05	30.665,05
4871	840002	AMPUTACION KINEPLASTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4872	840003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4873	840101	AMPUTACION Y DESARTICULACION DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MAS) SOD +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4874	840201	AMPUTACION Y DESARTICULACION DE PULGAR SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4875	840301	AMPUTACION A TRAVES DE MANO (CARPO) SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4876	840401	DESARTICULACION DE MUÑECA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4877	840501	AMPUTACION A TRAVES DE ANTEBRAZO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4878	840601	DESARTICULACION DE CODO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4879	840701	AMPUTACION DE BRAZO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4880	840801	DESARTICULACION DE HOMBRO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4881	840901	AMPUTACION INTERTORACO ESCAPULAR SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4882	841001	AMPUTACION CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4883	841002	AMPUTACION KINEPLASTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4884	841003	AMPUTACION ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4885	841101	AMPUTACION O DESARTICULACION DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	$ 911.289,58	911.289,58
4886	841201	AMPUTACION O DESARTICULACION DE RETROPIE	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4887	841202	AMPUTACION O DESARTICULACION DE MEDIOPIE	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4888	841203	AMPUTACION O DESARTICULACION DE ANTEPIE	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
4889	841301	DESARTICULACION DE TOBILLO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4890	841401	AMPUTACION DE TOBILLO A TRAVES DEL MALEOLO DE TIBIA Y PERONE SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4891	841501	AMPUTACION O DESARTICULACION DE PIERNA SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4892	841601	DESARTICULACION DE RODILLA SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4893	841701	AMPUTACION POR ENCIMA DE RODILLA SOD §	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
4894	841801	DESARTICULACION DE CADERA SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4895	842101	REIMPLANTE DE PULGAR SOD	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4896	842202	REIMPLANTE DE UN DEDO EN MANO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4897	842203	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4898	842204	REIMPLANTE DE TRES DEDOS EN MANO	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4899	842205	REIMPLANTE DE CUATRO O MAS DEDOS EN MANO	$ 7.737.274,02	7.737.274,02
4900	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4901	842302	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DEL METACARPO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4902	842303	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DE LA MUÑECA	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4903	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO	$ 5.403.587,25	5.403.587,25
4904	842501	REIMPLANTE DE ARTEJOS SOD +	$ 7.715.445,69	7.715.445,69
4905	842601	REIMPLANTE DE PIE SOD +	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4906	842701	REIMPLANTE DE PIERNA SOD +	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4907	842801	REIMPLANTE DE MUSLO SOD +	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4908	843401	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACION DE MANO SOD	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4909	844101	IMPLANTACION DE PROTESIS DE BRAZO Y HOMBRO SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4910	844201	IMPLANTACIÒN DE PROTESIS DE ANTEBRAZO Y MANO SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4911	844301	IMPLANTACION DE PROTESIS POR ENCIMA DE RODILLA SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4912	844401	IMPLANTACION DE PROTESIS POR DEBAJO DE RODILLA SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4913	844501	IMPLANTACION DE PROTESIS DE PIERNA SOD +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4914	849101	OTRA AMPUTACION	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
4915	849401	CORRECCION DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL SOD +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4916	849501	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE:OSTEOTOMIAS O FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN FEMUR, TIBIA Y PERONE,TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS ,TENOTOMIAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN MUSLO PIERNA Y PIE TRI	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4917	849512	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE DE PIE: OSTEOTOMIAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACION INTERNA INTERVENCION DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4918	849513	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE DE PIE: OSTEOTOMIAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACION EXTERNA INTERVENCION DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS	$ 4.665.629,18	4.665.629,18
4919	849701	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: OSTEOTOMIAS O FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS) EN HUMERO, CUBITO O RADIO; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMIAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
4920	851101	BIOPSIA POR PUNCION CON AGUJA FINA DE MAMA	$ 911.289,58	911.289,58
4921	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$ 911.289,58	911.289,58
4922	852002	ESCISION SELECTIVA DE CANAL GALACTOFORO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4923	852003	ESCISION EN BLOQUE DE CONDUCTOS GALACTOFOROS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4924	852101	RESECCION LOCAL DE LESION DE MAMA SOD +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4925	852401	ESCISION DE PEZON ACCESORIO O SUPERNUMERARIO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4926	852601	ESCISIÓN DE PEZÓN	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4927	852602	ESCISION DE COMPLEJO AREOLA PEZON	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
4928	854801	MASTECTOMIA RADICAL AMPLIADA BILATERAL VIA ABIERTA	$ 3.694.259,29	3.694.259,29
4929	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4930	860201	PRUEBA INTRADERMICA DE ALERGIA	$ 611.312,16	611.312,16
4931	860202	PRUEBA EPICUTANEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHE)	$ 611.276,55	611.276,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4932	860203	PRUEBA INTRAEPIDERMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACION O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	$ 611.276,55	611.276,55
4933	860204	PRUEBA INTRADERMOREACCION DE ESPOROTRIQUINA	$ 611.309,73	611.309,73
4934	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	$ 55.754,63	55.754,63
4935	860206	LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	$ 611.309,73	611.309,73
4936	860207	Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	$ 60.931,85	60.931,85
4937	860208	PRUEBA DE INTRADERMOREACCION PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	$ 55.754,63	55.754,63
4938	860209	Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	$ 59.537,98	59.537,98
4939	861001	RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE	$ 677.916,61	677.916,61
4940	861002	RESECCION QUIRURGICA DE MATERIALES EXOGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL	$ 677.916,61	677.916,61
4941	861101	DRENAJE DE COLECCION SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO POR INCISION O ASPIRACION	$ 102.946,95	102.946,95
4942	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISION O ASPIRACION +	$ 911.289,58	911.289,58
4943	861203	EXTRACCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS POR INCISION +	$ 677.916,61	677.916,61
4944	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA) +	$ 672.739,39	672.739,39
4945	861801	INSERCION DE ANTICONCEPTIVOS SUBDERMICOS	$ 90.700,84	90.700,84
4946	861803	INSERCION DE CATETER SUBDERMICO (EPIDERMOCLISIS)	$ 677.887,47	677.887,47
4947	861804	INSERCION DE ESTIMULADOR ELECTRICO TRANSCUTANEO	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4948	861805	INSERCION DE BOMBA DE INFUSION TOTALMENTE IMPLANTABLE	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
4949	861902	REVISION DE DISPOSITIVO DE INFUSION	$ 677.916,61	677.916,61
4950	861903	RECAMBIO DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN DISPOSITIVO DE INFUSION	$ 677.916,61	677.916,61
4951	861904	PROGRAMACION O REPROGRAMACION DE DISPOSITIVO DE INFUSION	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
4952	861905	RETIRO O SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE INFUSION	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
4953	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4954	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXION (AXILA , ANTECUBITAL, HUECOS POPLITEOS, INGUINAL)	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4955	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4956	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4957	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN AREA ESPECIAL EN GENITALES	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4958	862010	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DEL 50% O MAS DE SUPERFICIE CORPORAL EN AREA GENERAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4959	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	$ 911.289,58	911.289,58
4960	862102	MARSUPIALIZACION DE QUISTE PILONIDAL	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4961	862103	RESECCION QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4962	862313	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4963	862314	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMIA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4964	862315	ESCISION DE ULCERA (SACRA, ISQUIATICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON RESECCION DE BURSA POR ULCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
4965	862401	DERMOEXFOLIACION SUPERFICIAL +	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4966	862402	DERMOEXFOLIACION MEDIA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4967	862403	DERMOEXFOLIACION PROFUNDA +	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
4968	862404	DERMOEXFOLIACION CON LASER PARCIAL O TOTAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4969	862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4970	862602	SUSTITUCION DE DISPOSITIVO DE PRESION SUBATMOSFERICA	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4971	862701	ONICECTOMIA +	$ 573.575,79	573.575,79
4972	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL +	$ 573.575,79	573.575,79
4973	862703	MATRICECTOMIA TOTAL +	$ 573.575,79	573.575,79
4974	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4975	862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4976	862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4977	862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4978	862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4979	862806	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4980	862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4981	863101	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION. FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL. HASTA SEIS LESIONES	$ 149.741,02	149.741,02
4982	863102	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION. FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA GENERAL. MAS DE SEIS LESIONES +	$ 249.402,42	249.402,42
4983	863103	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION. FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL. HASTA TRES LESIONES	$ 83.134,14	83.134,14
4984	863104	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION. FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL. ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	$ 149.741,02	149.741,02
4985	863105	RESECCION DE LESIONES CUTANEAS POR CAUTERIZACION. FULGURACION O CRIOTERAPIA EN AREA ESPECIAL. MAS DE DIEZ LESIONES	$ 249.402,42	249.402,42
4986	863501	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA. HASTA CINCO LESIONES	$ 149.758,01	149.758,01
4987	863502	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA. ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	$ 249.438,04	249.438,04
4988	863503	ESCISION DE LESIONES CUTANEAS POR RADIOFRECUENCIA. MAS DE DIEZ LESIONES	$ 249.438,04	249.438,04
4989	863601	APERTURA O RESECCION DE QUISTES O PUSTULAS (CIRUGIA PARA ACNE)	$ 103.023,85	103.023,85
4990	863602	EXTRACCION DE COMEDONES (COMEDOLISIS)	$ 102.946,95	102.946,95
4991	863603	ABLACION DE TELANGIECTASIAS POR ESCLEROTERAPIA	$ 1.464.056,95	1.464.056,95
4992	863690	ESCISION O ABLACION LOCAL DE LESION CUTANEA	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4993	864101	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL HASTA TRES CENTIMETROS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
4994	864102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4995	864103	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4996	864104	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, DE MAS DE DIEZ CENTIMETROS	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
4997	864105	RESECCION DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
4998	864106	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO AREA GENERAL, CON REPARACION (COLGAJO O INJERTO)	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
4999	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, HASTA UN CENTIMETRO	$ 911.289,58	911.289,58
5000	864202	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTIMETROS	$ 911.289,58	911.289,58
5001	864203	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTIMETROS	$ 911.289,58	911.289,58
5002	864204	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTIMETROS	$ 911.289,58	911.289,58
5003	864205	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO DE AREA ESPECIAL, DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	$ 911.289,58	911.289,58
5004	865201	SUTURA DE HERIDA UNICA DE CARA	$ 26.483,45	26.483,45
5005	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL +	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
5006	866110	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
5007	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
5008	866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN AREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
5009	866403	INJERTO DE REGION PILOSA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
5010	866701	INJERTO GRASO	$ 1.589.704,00	1.589.704,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5011	867108	COLGAJO COMPUESTO CON TECNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)	$ 4.216.356,76	4.216.356,76
5012	868308	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN AREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCION	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
5013	868309	REDUCCION DE TEJIDO ADIPOSO EN AREA SUBMANDIBULAR, POR LIPECTOMIA	$ 3.875.777,54	3.875.777,54
5014	868403	PLASTIA EN Z O W EN AREA GENERAL. MAS DE CINCO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
5015	868501	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA. CUELLO. MANOS. PIES. PLIEGUES DE FLEXION. GENITALES). ENTRE UNO A DOS +	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
5016	868502	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA. CUELLO. MANOS. PIES. PLIEGUES DE FLEXION. GENITALES). ENTRE TRES A CINCO +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
5017	868503	PLASTIA EN Z O W EN AREA ESPECIAL (CARA. CUELLO. MANOS. PIES. PLIEGUES DE FLEXION. GENITALES). MAS DE CINCO +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
5018	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS). ENTRE UNA A DOS	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
5019	868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS). ENTRE TRES A CINCO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
5020	868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS). MAS DE CINCO	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
5021	868507	PLASTIA EN Z. EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
5022	868602	REPOSICION UÑA DE POLIETILENO	$ 573.575,79	573.575,79
5023	869101	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCION GANGLIONAR	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
5024	869102	RESECCION DE GLANDULAS SUDORIPARAS AXILARES CON RESECCION TOTAL DEL AREA	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
5025	869103	RESECCION PARCIAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS	$ 2.257.263,74	2.257.263,74
5026	869104	RESECCION TOTAL DE GLANDULAS SUDORIPARAS	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
5027	869401	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	$ 33.552,34	33.552,34
5028	869501	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO SOD	$ 83.134,14	83.134,14
5029	870001	RADIOGRAFIA DE CRANEO SIMPLE	$ 116.686,48	116.686,48
5030	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$ 162.985,17	162.985,17
5031	870003	RADIOGRAFIA DE BASE DE CRANEO	$ 103.444,76	103.444,76
5032	870004	RADIOGRAFIA DE SILLA TURCA	$ 103.444,76	103.444,76
5033	870005	RADIOGRAFIA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 133.711,56	133.711,56

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5034	870006	RADIOGRAFIA DE PEÑASCOS	$ 133.711,56	133.711,56
5035	870007	RADIOGRAFIA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 133.711,56	133.711,56
5036	870101	RADIOGRAFIA DE CARA (PERFILOGRAMA) +	$ 103.444,76	103.444,76
5037	870102	RADIOGRAFIA DE ORBITAS	$ 103.444,76	103.444,76
5038	870103	RADIOGRAFIA DE AGUJEROS OPTICOS	$ 103.444,76	103.444,76
5039	870104	RADIOGRAFIA DE MALAR	$ 103.444,76	103.444,76
5040	870105	RADIOGRAFIA DE ARCO CIGOMATICO	$ 103.444,76	103.444,76
5041	870107	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	$ 103.444,76	103.444,76
5042	870108	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	$ 103.444,76	103.444,76
5043	870112	RADIOGRAFIA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 103.444,76	103.444,76
5044	870113	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	$ 103.444,76	103.444,76
5045	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFIA]	$ 162.985,17	162.985,17
5046	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 103.444,76	103.444,76
5047	870601	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 119.474,22	119.474,22
5048	870602	RADIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	$ 119.474,22	119.474,22
5049	870603	RADIOGRAFIA DE FARINGE [FARINGOGRAFIA] +	$ 141.278,26	141.278,26
5050	871010	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	$ 130.824,27	130.824,27
5051	871019	RADIOGRAFIA DE COLUMNA UNION CERVICO DORSAL	$ 130.824,27	130.824,27
5052	871020	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORACICA	$ 128.036,53	128.036,53
5053	871030	RADIOGRAFIA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 128.036,53	128.036,53
5054	871040	RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 159.697,20	159.697,20
5055	871050	RADIOGRAFIA DE SACRO COCCIX	$ 124.253,18	124.253,18
5056	871060	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL §.	$ 215.451,83	215.451,83
5057	871061	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 36 (ADULTOS) +	$ 167.237,19	167.237,19
5058	871062	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUMNA (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA) FORMATO 14 X 17 (NIÑOS) +	$ 167.237,19	167.237,19
5059	871070	RADIOGRAFIA DINAMICA DE COLUMNA VERTEBRAL §	$ 58.542,37	58.542,37
5060	871091	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES SACROILIACAS	$ 87.913,11	87.913,11
5061	871111	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	$ 113.400,94	113.400,94
5062	871112	RADIOGRAFIA DE ESTERNON	$ 102.548,70	102.548,70
5063	871121	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 113.400,94	113.400,94

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5064	871129	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 102.548,70	102.548,70
5065	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMATICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	$ 75.586,87	75.586,87
5066	871202	APICOGRAMA	$ 232.903,49	232.903,49
5067	871208	RADIOGRAFIA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZON Y GRANDES VASOS. SILUETA CARDIACA) CON BARIO EN ESOFAGO	$ 162.512,45	162.512,45
5068	871320	RADIOGRAFIA DE ESOFAGO	$ 146.455,48	146.455,48
5069	872002	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 132.317,69	132.317,69
5070	872011	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO) +	$ 175.726,66	175.726,66
5071	872101	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 240.462,90	240.462,90
5072	872102	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 295.262,39	295.262,39
5073	872103	RADIOGRAFIA DE TRANSITO INTESTINAL CON MARCADORES §	$ 265.033,63	265.033,63
5074	872104	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA +	$ 265.027,97	265.027,97
5075	872105	RADIOGRAFIA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE +	$ 298.570,60	298.570,60
5076	872121	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO. ESTOMAGO Y DUODENO)	$ 309.936,03	309.936,03
5077	872122	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO. ESTOMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 298.585,98	298.585,98
5078	872123	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO. ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL +	$ 498.404,17	498.404,17
5079	872510	COLECISTOGRAFIA ORAL	$ 199.361,67	199.361,67
5080	872520	COLANGIOGRAFIA - TOMOGRAFIA	$ 278.275,36	278.275,36
5081	873001	RADIOGRAFIA PARA SERIE ESQUELETICA	$ 360.015,64	360.015,64
5082	873002	RADIOGRAFIA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDIPULAR)	$ 360.015,64	360.015,64
5083	873003	RADIOGRAFIA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFIA Y ESCANOGRAMA)	$ 102.946,95	102.946,95
5084	873004	RADIOGRAFIA PARA DETECTAR EDAD OSEA [CARPOGRAMA] +	$ 79.848,60	79.848,60
5085	873111	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	$ 103.444,76	103.444,76
5086	873112	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	$ 79.848,60	79.848,60
5087	873121	RADIOGRAFIA DE HUMERO +	$ 103.444,76	103.444,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5088	873122	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO +	$ 79.848,60	79.848,60
5089	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 46.794,07	46.794,07
5090	873202	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 46.794,07	46.794,07
5091	873204	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	$ 103.444,76	103.444,76
5092	873205	RADIOGRAFIA DE CODO	$ 79.848,60	79.848,60
5093	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA	$ 79.848,60	79.848,60
5094	873210	RADIOGRAFIA DE MANO	$ 79.848,60	79.848,60
5095	873302	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRIA]	$ 102.946,95	102.946,95
5096	873303	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 46.794,07	46.794,07
5097	873304	RADIOGRAFIA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS	$ 79.848,60	79.848,60
5098	873305	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA). EN FORMATO 14 X 36 (ADULTOS) +	$ 167.263,90	167.263,90
5099	873306	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA). EN FORMATO 14 X 17 (NIÑOS) +	$ 167.237,19	167.237,19
5100	873308	RADIOGRAFIA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$ 260.304,04	260.304,04
5101	873311	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION FEMORAL	$ 126.642,67	126.642,67
5102	873312	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	$ 103.444,76	103.444,76
5103	873313	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 103.444,76	103.444,76
5104	873314	RADIOGRAFIA DE ANTEVERSION TIBIAL	$ 103.444,76	103.444,76
5105	873333	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 79.848,60	79.848,60
5106	873335	RADIOGRAFIA DE CALCANEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 79.848,60	79.848,60
5107	873340	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 167.263,90	167.263,90
5108	873411	RADIOGRAFIA DE CADERA O ARTICULACION COXO-FEMORAL (AP. LATERAL) +	$ 87.913,11	87.913,11
5109	873412	RADIOGRAFIA DE PELVIS (CADERA) COMPARATIVA+	$ 46.794,07	46.794,07
5110	873420	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 103.444,76	103.444,76
5111	873422	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR) +	$ 46.794,07	46.794,07
5112	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA	$ 119.474,22	119.474,22

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5113	873431	RADIOGRAFIA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACION INTERNA)	$ 79.848,60	79.848,60
5114	873443	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES +	$ 46.794,07	46.794,07
5115	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 121.884,75	121.884,75
5116	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 360.015,64	360.015,64
5117	874111	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 1.557.572,23	1.557.572,23
5118	874112	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 1.557.572,23	1.557.572,23
5119	874113	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 778.513,74	778.513,74
5120	874114	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 778.513,74	778.513,74
5121	874121	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 1.557.572,23	1.557.572,23
5122	874122	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANENANA	$ 1.557.572,23	1.557.572,23
5123	874123	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 778.513,74	778.513,74
5124	874124	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 778.513,74	778.513,74
5125	874125	ARTERIOGRAFIA DE CAROTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 1.557.572,23	1.557.572,23
5126	874130	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL	$ 778.573,64	778.573,64
5127	874131	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 778.549,35	778.549,35
5128	874132	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 778.549,35	778.549,35
5129	874134	ARTERIOGRAFIA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 2.165.105,90	2.165.105,90
5130	874150	ARTERIOGRAFIA DE CAVUM FARINGEO	$ 943.461,00	943.461,00
5131	874201	CISTERNOGRAFIA SOD +	$ 993.500,95	993.500,95
5132	874301	VENOGRAFIA SELECTIVA DIAGNOSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MAS VASOS)	$ 505.490,87	505.490,87
5133	874310	FLEBOGRAFIA DE SENO SAGITAL SUPERIOR	$ 274.949,35	274.949,35
5134	874311	FLEBOGRAFIA EPIDURAL +	$ 274.949,35	274.949,35
5135	874313	FLEBOGRAFIA YUGULAR CON CATETER +	$ 274.949,35	274.949,35
5136	874510	ARTROGRAFIA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	$ 226.290,32	226.290,32
5137	874601	DACRIOCISTOGRAFIA UNILATERAL	$ 175.740,42	175.740,42

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5138	874602	DACRIOCISTOGRAFIA BILATERAL	$ 307.545,73	307.545,73
5139	874701	SIALOGRAFIA (CUALQUIER GLANDULA) SOD	$ 167.709,10	167.709,10
5140	874801	FARINGOLARINGOGRAFIA	$ 141.253,98	141.253,98
5141	874810	FARINGOLARINGOGRAFIA DINAMICA (CON CINE O VIDEO) +	$ 141.278,26	141.278,26
5142	874901	FISTULOGRAFIA DE CUELLO	$ 290.539,27	290.539,27
5143	874910	FARINGOGRAFIA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCION)	$ 141.253,17	141.253,17
5144	874931	ESTUDIO DE DERIVACION [CORTOCIRCUITO] O DRENAJE A TRAVES DE CATETER PERMANENTE NO VASCULAR	$ 295.300,44	295.300,44
5145	875101	ANGIOGRAFIA ESPINAL	$ 778.513,74	778.513,74
5146	875411	DISCOGRAFIA CERVICAL (UN DISCO)	$ 295.226,78	295.226,78
5147	875412	DISCOGRAFIA CERVICAL (DOS O MAS DISCOS)	$ 295.226,78	295.226,78
5148	875421	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (UN DISCO)	$ 295.226,78	295.226,78
5149	875422	DISCOGRAFIA SEGMENTO TORACICO (DOS O MAS DISCOS)	$ 295.226,78	295.226,78
5150	875431	DISCOGRAFIA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	$ 295.226,78	295.226,78
5151	875432	DISCOGRAFIA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MAS DISCOS)	$ 295.226,78	295.226,78
5152	875441	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (UN DISCO)	$ 295.226,78	295.226,78
5153	875442	DISCOGRAFIA LUMBOSACRA (DOS O MAS DISCOS)	$ 295.226,78	295.226,78
5154	875501	MIELOGRAFIA TOTAL DE COLUMNA	$ 247.548,79	247.548,79
5155	875510	MIELOGRAFIA CERVICAL	$ 247.548,79	247.548,79
5156	875520	MIELOGRAFIA TORACICA	$ 247.548,79	247.548,79
5157	875530	MIELOGRAFIA LUMBAR	$ 247.548,79	247.548,79
5158	875531	MIELOGRAFIA DINAMICA LUMBAR	$ 247.548,79	247.548,79
5159	875601	ARTROGRAFIA CERVICAL	$ 226.290,32	226.290,32
5160	875603	ARTROGRAFIA LUMBAR	$ 226.290,32	226.290,32
5161	876111	MAPEO DEL ARBOL PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 607.526,38	607.526,38
5162	876123	VALORACION ANATOMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	$ 1.626.044,07	1.626.044,07
5163	876130	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	$ 943.461,00	943.461,00
5164	876132	ARTERIOGRAFIA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	$ 943.425,39	943.425,39
5165	876136	ARTERIOGRAFIA PULMONAR UNILATERAL SELECTIVA	$ 1.031.759,41	1.031.759,41
5166	876137	ARTERIOGRAFIA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCION VENOSA	$ 960.904,56	960.904,56

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5167	876241	ANGIOGRAFIA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	$ 274.003,91	274.003,91
5168	876320	FLEBOGRAFIA TORACICA (VENAS PULMONARES)	$ 348.174,25	348.174,25
5169	876390	FLEBOGRAFIA TORACICA (OTRAS VENAS INTRATORACICAS)	$ 505.475,49	505.475,49
5170	876401	LINFANGIOGRAFIA INTRATORACICA SOD	$ 416.675,23	416.675,23
5171	876501	FISTULOGRAFIA DE PARED TORACICA	$ 290.539,27	290.539,27
5172	876611	BRONCOGRAFIA UNILATERAL	$ 186.605,61	186.605,61
5173	876612	BRONCOGRAFIA BILATERAL	$ 326.442,25	326.442,25
5174	876801	MAMOGRAFIA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRURGICA	$ 272.360,74	272.360,74
5175	876802	MAMOGRAFIA BILATERAL	$ 332.138,32	332.138,32
5176	876803	TOMOSINTESIS	$ 272.600,33	272.600,33
5177	876901	GALACTOGRAFIA DE UN CONDUCTO	$ 393.999,41	393.999,41
5178	876902	GALACTOGRAFIA DE MULTIPLES CONDUCTOS	$ 393.999,41	393.999,41
5179	877161	ESPLENOPORTOGRAFIA ARTERIAL	$ 532.418,71	532.418,71
5180	877201	FLEBOGRAFIA [VENOGRAFIA] ABDOMINAL O PELVICA (SELECTIVA)	$ 867.364,99	867.364,99
5181	877210	FLEBOGRAFIA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)	$ 731.307,66	731.307,66
5182	877214	PORTOGRAFIA TRANSHEPATICA	$ 731.307,66	731.307,66
5183	877301	LINFANGIOGRAFIA ABDOMINAL (UNILATERAL O BILATERAL) +	$ 416.675,23	416.675,23
5184	877302	LINFANGIOGRAFIA PELVICA (UNILATERAL O BILATERAL) +	$ 416.675,23	416.675,23
5185	877401	FISTULOGRAFIA EN PARED ABDOMINAL	$ 177.157,76	177.157,76
5186	877402	FISTULOGRAFIA EN REGION PERINEAL	$ 177.120,52	177.120,52
5187	877403	FISTULOGRAFIA EN REGION PERIANAL	$ 177.120,52	177.120,52
5188	877602	COLANGIOGRAFIA POR TUBO O CATETER EN LA VIA BILIAR	$ 399.243,00	399.243,00
5189	877603	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	$ 141.253,98	141.253,98
5190	877802	UROGRAFIA INTRAVENOSA +	$ 284.869,92	284.869,92
5191	877831	URETEROGRAFIA RETROGRADA A TRAVES DE CATETER O URETEROSTOMIA	$ 199.361,67	199.361,67
5192	877851	CISTOGRAFIA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 401.557,21	401.557,21
5193	877861	URETROCISTOGRAFIA	$ 199.361,67	199.361,67
5194	877862	URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL	$ 199.322,82	199.322,82
5195	877863	URETROCISTOGRAFIA RETROGRADA	$ 199.361,67	199.361,67
5196	877871	URETROGRAFIA RETROGRADA	$ 199.361,67	199.361,67
5197	877901	HISTEROSALPINGOGRAFIA	$ 199.322,82	199.322,82

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5198	877932	SALPINGOGRAFIA SELECTIVA CON RECANALIZACION DE TROMPA	$ 199.398,09	199.398,09
5199	877941	GENITOGRAFIA	$ 199.398,09	199.398,09
5200	877951	VESICULOGRAFIA	$ 199.322,82	199.322,82
5201	877971	EPIDIDIMOGRAFIA DE CONTRASTE	$ 199.322,82	199.322,82
5202	877980	CAVERNOGRAFIA Y CAVERNOMETRIA	$ 702.962,48	702.962,48
5203	877981	DEFERENTOGRAFIA O VASOGRAFIA	$ 199.322,82	199.322,82
5204	878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 274.949,35	274.949,35
5205	878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR	$ 274.949,35	274.949,35
5206	878501	LINFANGIOGRAFIA DE UN MIEMBRO SUPERIOR	$ 416.675,23	416.675,23
5207	878502	LINFANGIOGRAFIA DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES	$ 416.675,23	416.675,23
5208	878601	LINFANGIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR	$ 416.675,23	416.675,23
5209	878602	LINFANGIOGRAFIA DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES	$ 416.675,23	416.675,23
5210	878711	ARTROGRAFIA DE HOMBRO	$ 226.290,32	226.290,32
5211	878721	ARTROGRAFIA DE CODO	$ 226.290,32	226.290,32
5212	878731	ARTROGRAFIA DE MUÑECA	$ 226.290,32	226.290,32
5213	878811	ARTROGRAFIA DE CADERA	$ 226.290,32	226.290,32
5214	878812	ARTROGRAFIA DE RODILLA	$ 226.290,32	226.290,32
5215	878831	ARTROGRAFIA DE TOBILLO	$ 226.290,32	226.290,32
5216	878901	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA A TRAVES DE CATETER PREVIAMENTE COLOCADO	$ 295.264,01	295.264,01
5217	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTANEA	$ 778.549,35	778.549,35
5218	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA	$ 325.970,34	325.970,34
5219	878904	LINFANGIOGRAFIA	$ 416.675,23	416.675,23
5220	878905	ABLACION DE LESION O TEJIDO VIA PERCUTANEA	$ 780.465,31	780.465,31
5221	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	$ 790.819,74	790.819,74
5222	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO CON CONTRASTE	$ 867.880,61	867.880,61
5223	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 993.527,66	993.527,66
5224	879114	CISTERNOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (TC)	$ 993.500,95	993.500,95
5225	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)	$ 867.880,61	867.880,61
5226	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ORBITAS	$ 674.631,07	674.631,07
5227	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 867.880,61	867.880,61

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5228	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 867.880,61	867.880,61
5229	879132	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 867.880,61	867.880,61
5230	879141	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGIA)	$ 867.880,61	867.880,61
5231	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 867.880,61	867.880,61
5232	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO	$ 736.060,73	736.060,73
5233	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE	$ 736.060,73	736.060,73
5234	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 736.060,73	736.060,73
5235	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	$ 433.193,59	433.193,59
5236	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX	$ 822.978,22	822.978,22
5237	879302	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORAZON Y GRANDES VASOS	$ 1.147.549,84	1.147.549,84
5238	879391	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 822.978,22	822.978,22
5239	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 932.098,00	932.098,00
5240	879411	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 1.083.232,88	1.083.232,88
5241	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 1.083.232,88	1.083.232,88
5242	879421	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA	$ 736.060,73	736.060,73
5243	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS [UROTAC]	$ 2.230.782,72	2.230.782,72
5244	879431	UROGRAFIA CON TOMOGRAFIA COMPUTADA	$ 961.191,92	961.191,92
5245	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS	$ 736.060,73	736.060,73
5246	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 674.631,07	674.631,07
5247	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 674.631,07	674.631,07
5248	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)	$ 260.254,67	260.254,67
5249	879523	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE ROTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 260.254,67	260.254,67
5250	879901	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VASOS	$ 674.617,31	674.617,31

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5251	879902	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$ 1.147.549,84	1.147.549,84
5252	879903	TOMOGRAFIA COMPUTADA CON PERFUSION	$ 1.147.549,84	1.147.549,84
5253	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$ 1.147.549,84	1.147.549,84
5254	879911	TOMOGRAFIA COMPUTADA RECONSTRUCCION VIRTUAL	$ 1.147.546,60	1.147.546,60
5255	879920	TOMOGRAFIA COMPUTADA CON MODALIDAD DINAMICA (SECUENCIA RAPIDA)	$ 148.844,96	148.844,96
5256	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 714.754,49	714.754,49
5257	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MAS	$ 191.756,12	191.756,12
5258	881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANALISIS DOPPLER	$ 191.756,12	191.756,12
5259	881130	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 188.968,38	188.968,38
5260	881131	ECOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 188.968,38	188.968,38
5261	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO	$ 188.968,38	188.968,38
5262	881141	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 188.968,38	188.968,38
5263	881151	ECOGRAFIA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 188.968,38	188.968,38
5264	881201	ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 199.322,82	199.322,82
5265	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO	$ 966.356,35	966.356,35
5266	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO CON CONTRASTE	$ 974.113,10	974.113,10
5267	881204	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO TRIDIMENSIONAL	$ 974.113,10	974.113,10
5268	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO	$ 1.260.744,11	1.260.744,11
5269	881206	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO CON CONTRASTE	$ 1.270.813,07	1.270.813,07
5270	881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO TRIDIMENSIONAL	$ 1.270.807,40	1.270.807,40
5271	881208	MONITOREO ECOCARDIOGRAFICO TRANSESOFAGICO	$ 1.270.807,40	1.270.807,40
5272	881209	ECOCARDIOGRAFIA INTRACARDIACA	$ 172.938,93	172.938,93
5273	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLOGICA	$ 2.235.959,94	2.235.959,94
5274	881211	ECOGRAFIA DE TORAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 172.938,93	172.938,93
5275	881212	ECOGRAFIA DE OTROS SITIOS TORACICOS	$ 172.938,93	172.938,93
5276	881301	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 188.968,38	188.968,38

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5277	881302	ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	$ 367.084,53	367.084,53
5278	881305	ECOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 291.517,09	291.517,09
5279	881306	ECOGRAFIA DE HIGADO, PANCREAS, VIA BILIAR Y VESICULA	$ 183.791,17	183.791,17
5280	881313	ECOGRAFIA DE ABDOMEN (PILORO)	$ 291.517,09	291.517,09
5281	881318	ECOGRAFIA DE RECTO	$ 160.195,01	160.195,01
5282	881320	ECOGRAFIA DE ANO	$ 160.195,01	160.195,01
5283	881321	ECOGRAFIA LAPAROSCOPICA DE ABDOMEN	$ 1.153.224,86	1.153.224,86
5284	881332	ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 222.520,73	222.520,73
5285	881360	ECOGRAFIA PELVICA CON ANALISIS DOPPLER	$ 252.389,28	252.389,28
5286	881362	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANALISIS DOPPLER	$ 367.084,53	367.084,53
5287	881390	ECOGRAFIA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUIA DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO O INTERVENCIONISTA	$ 366.796,36	366.796,36
5288	881401	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSVAGINAL	$ 194.145,60	194.145,60
5289	881402	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA TRANSABDOMINAL	$ 151.632,69	151.632,69
5290	881403	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 129.430,40	129.430,40
5291	881410	ECOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA (HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA)	$ 199.322,82	199.322,82
5292	881411	ECOGRAFIA DINAMICA DE PISO PELVICO	$ 151.632,69	151.632,69
5293	881431	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL	$ 124.253,18	124.253,18
5294	881432	ECOGRAFIA OBSTETRICA TRANSVAGINAL	$ 194.145,60	194.145,60
5295	881434	PERFIL BIOFISICO	$ 190.362,25	190.362,25
5296	881435	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA Y FETAL	$ 254.181,39	254.181,39
5297	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 254.181,39	254.181,39
5298	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 253.959,60	253.959,60
5299	881501	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSABDOMINAL	$ 222.520,73	222.520,73
5300	881502	ECOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	$ 160.195,01	160.195,01
5301	881510	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 188.968,38	188.968,38
5302	881511	ECOGRAFIA TESTICULAR CON ANALISIS DOPPLER	$ 255.575,26	255.575,26
5303	881521	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 188.968,38	188.968,38

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5304	881601	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 188.968,38	188.968,38
5305	881602	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 188.968,38	188.968,38
5306	881603	ECOGRAFIA DE ALTA RESOLUCION EN NERVIOS DE EXTREMIDADES	$ 198.426,76	198.426,76
5307	881610	ECOGRAFIA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 198.426,76	198.426,76
5308	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 198.426,76	198.426,76
5309	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 198.426,76	198.426,76
5310	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 198.426,76	198.426,76
5311	881620	ECOGRAFIA ARTICULAR DE RODILLA	$ 198.426,76	198.426,76
5312	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 198.426,76	198.426,76
5313	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 198.426,76	198.426,76
5314	881630	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	$ 198.426,76	198.426,76
5315	881640	ECOGRAFIA DE CALCANEO	$ 198.426,76	198.426,76
5316	881701	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 382.616,17	382.616,17
5317	881702	ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION	$ 428.414,62	428.414,62
5318	882103	ECOGRAFIA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 775.676,63	775.676,63
5319	882105	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS	$ 596.667,67	596.667,67
5320	882106	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$ 596.674,14	596.674,14
5321	882112	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 769.479,51	769.479,51
5322	882132	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFERICOS DEL CUELLO	$ 769.479,51	769.479,51
5323	882203	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PELVICOS	$ 769.479,51	769.479,51
5324	882212	ECOGRAFIA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 769.479,51	769.479,51
5325	882222	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 769.479,51	769.479,51
5326	882232	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTERICAS	$ 769.479,51	769.479,51
5327	882242	ECOGRAFIA DOPPLER DE TRONCO CELIACO	$ 769.479,51	769.479,51
5328	882252	ECOGRAFIA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 769.479,51	769.479,51
5329	882262	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS ILIACAS	$ 769.479,51	769.479,51
5330	882272	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 594.474,07	594.474,07
5331	882282	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 594.474,07	594.474,07
5332	882292	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 775.676,63	775.676,63

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5333	882294	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN MASAS PELVICAS	$ 775.676,63	775.676,63
5334	882296	ECOGRAFIA DOPPLER CON EVALUACION DE FLUJO SANGUINEO EN HIPERTENSION PORTAL	$ 775.676,63	775.676,63
5335	882298	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	$ 349.462,08	349.462,08
5336	882301	FOTOPLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 268.808,08	268.808,08
5337	882302	FOTOPLETISMOGRAFIA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 268.808,08	268.808,08
5338	882305	PLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 268.808,08	268.808,08
5339	882306	PLETISMOGRAFIA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 268.808,08	268.808,08
5340	882307	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 769.479,51	769.479,51
5341	882308	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 769.479,51	769.479,51
5342	882309	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 769.479,51	769.479,51
5343	882316	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 769.479,51	769.479,51
5344	882317	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 769.479,51	769.479,51
5345	882318	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 769.479,51	769.479,51
5346	882320	FOTOPLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES	$ 769.479,51	769.479,51
5347	882321	FOTOPLETISMOGRAFIA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES	$ 268.808,08	268.808,08
5348	882325	PLETISMOGRAFIA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES	$ 268.808,08	268.808,08
5349	882326	PLETISMOGRAFIA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES	$ 268.808,08	268.808,08
5350	882340	PLETISMOGRAFIA ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES POST EJERCICIO	$ 457.303,75	457.303,75
5351	882350	PLETISMOGRAFIA VENOSA CUANTITATIVA DE AIRE EN MIEMBROS INFERIORES	$ 268.816,98	268.816,98
5352	882370	FLEBOGRAFIA DE IMPEDANCIA +	$ 274.949,35	274.949,35
5353	882390	MEDICION DE PRESIONES SEGMENTARIAS E INDICES ARTERIALES CON DOPPLER (INCLUYE INDICE TOBILLO BRAZO)	$ 596.667,67	596.667,67

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5354	882801	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS	$ 596.667,67	596.667,67
5355	882840	ECOGRAFIA DOPPLER COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 775.676,63	775.676,63
5356	883101	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5357	883102	RESONANCIA MAGNETICA DE BASE DE CRANEO O SILLA TURCA	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5358	883103	RESONANCIA MAGNETICA DE ORBITAS	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5359	883104	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO FUNCIONAL	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5360	883105	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	$ 1.612.226,72	1.612.226,72
5361	883106	RESONANCIA MAGNETICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFIA	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5362	883107	RESONANCIA MAGNETICA PARA EVALUACION DINAMICA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5363	883108	RESONANCIA MAGNETICA DE PARES CRANEANOS	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5364	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5365	883110	RESONANCIA MAGNETICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5366	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5367	883112	RESONANCIA MAGNETICA DEL HIPOCAMPO CON ANALISIS VOLUMETRICO	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5368	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5369	883211	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5370	883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5371	883221	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA CON CONTRASTE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5372	883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5373	883231	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5374	883232	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION SACROILIACA SIMPLE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5375	883233	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACION SACROILIACA CON CONTRASTE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5376	883234	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5377	883235	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5378	883301	RESONANCIA MAGNETICA DEL TORAX	$ 4.029.161,52	4.029.161,52

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5379	883321	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON VALORACION DE LA MORFOLOGIA (CARACTERIZACION TISULAR)	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5380	883322	RESONANCIA MAGNETICA DE CORAZON CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5381	883341	ANGIORRESONANCIA DE TORAX (SIN INCLUIR CORAZON)	$ 3.223.008,01	3.223.008,01
5382	883351	RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5383	883390	RESONANCIA MAGNETICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TORAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5384	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5385	883430	RESONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5386	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5387	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VIA URINARIA [URORRESONANCIA]	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5388	883436	RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5389	883440	RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5390	883441	RESONANCIA MAGNETICA DINAMICA DE PISO PELVICO	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5391	883442	RESONANCIA MAGNETICA OBSTETRICA	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5392	883443	RESONANCIA MAGNETICA DE PLACENTA	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5393	883511	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5394	883512	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECIFICO)	$ 1.612.226,72	1.612.226,72
5395	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5396	883522	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECIFICO)	$ 1.612.226,72	1.612.226,72
5397	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	$ 3.223.008,01	3.223.008,01
5398	883560	RESONANCIA MAGNETICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5399	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5400	883701	RESONANCIA MAGNETICA DE MEDULA OSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 4.029.161,52	4.029.161,52
5401	883902	RESONANCIA MAGNETICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 3.760.550,76	3.760.550,76
5402	883904	RESONANCIA MAGNETICA CON PERFUSION	$ 1.525.018,56	1.525.018,56
5403	883905	ESPECTROSCOPIA	$ 910.393,52	910.393,52
5404	883908	RESONANCIA MAGNETICA DE VASOS	$ 3.223.008,01	3.223.008,01

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5405	883909	RESONANCIA MAGNETICA CON ANGIOGRAFIA	$ 3.223.008,01	3.223.008,01
5406	883910	RESONANCIA MAGNETICA CON ESTUDIO DINAMICO (CINE RESONANCIA)	$ 396.050,32	396.050,32
5407	883911	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	$ 1.138.363,60	1.138.363,60
5408	886011	OSTEODENSITOMETRIA POR TC	$ 867.836,90	867.836,90
5409	886012	OSTEODENSITOMETRIA POR ABSORCION DUAL	$ 409.116,62	409.116,62
5410	886013	OSTEODENSITOMETRIA Y COMPOSICION CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)	$ 867.836,90	867.836,90
5411	886014	MORFOMETRIA VERTEBRAL	$ 409.099,63	409.099,63
5412	887001	CINERADIOGRAFIA	$ 58.542,37	58.542,37
5413	887002	CINEANGIOGRAFIA §	$ 778.573,64	778.573,64
5414	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	$ 56.650,69	56.650,69
5415	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	$ 81.740,28	81.740,28
5416	890203	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 38.729,56	38.729,56
5417	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	$ 36.340,07	36.340,07
5418	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 41.119,04	41.119,04
5419	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGIA	$ 38.729,56	38.729,56
5420	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	$ 29.069,39	29.069,39
5421	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGIA	$ 36.340,07	36.340,07
5422	890211	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FISIOTERAPIA	$ 36.340,07	36.340,07
5423	890212	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA RESPIRATORIA	$ 36.340,07	36.340,07
5424	890213	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TERAPIA OCUPACIONAL	$ 36.340,07	36.340,07
5425	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5426	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	$ 81.740,28	81.740,28
5427	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5428	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 81.740,28	81.740,28
5429	890263	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	$ 81.740,28	81.740,28

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5430	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	$ 81.740,28	81.740,28
5431	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 81.740,28	81.740,28
5432	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5433	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5434	890276	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5435	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5436	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5437	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 81.740,28	81.740,28
5438	890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	$ 81.740,28	81.740,28
5439	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5440	890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGIA	$ 38.729,56	38.729,56
5441	890301	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	$ 56.650,69	56.650,69
5442	890303	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 38.729,56	38.729,56
5443	890305	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA	$ 17.522,88	17.522,88
5444	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 41.119,04	41.119,04
5445	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA	$ 38.729,56	38.729,56
5446	890309	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL	$ 29.271,18	29.271,18
5447	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGIA	$ 34.014,54	34.014,54
5448	890311	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FISIOTERAPIA	$ 36.412,92	36.412,92
5449	890312	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA RESPIRATORIA	$ 36.412,92	36.412,92
5450	890313	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR TERAPIA OCUPACIONAL	$ 36.412,92	36.412,92

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5451	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5452	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	$ 81.740,28	81.740,28
5453	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5454	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 81.740,28	81.740,28
5455	890363	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	$ 81.740,28	81.740,28
5456	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	$ 81.740,28	81.740,28
5457	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 81.740,28	81.740,28
5458	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5459	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5460	890376	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5461	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5462	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5463	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 81.740,28	81.740,28
5464	890384	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	$ 81.740,28	81.740,28
5465	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	$ 81.740,28	81.740,28
5466	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES	$ 81.740,28	81.740,28
5467	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 90.268,60	90.268,60
5468	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 56.205,50	56.205,50
5469	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA	$ 38.706,89	38.706,89
5470	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	$ 33.944,92	33.944,92
5471	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGIA	$ 34.014,54	34.014,54
5472	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	$ 90.111,57	90.111,57
5473	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	$ 90.111,57	90.111,57
5474	890413	INTERCONSULTA POR TERAPIA OCUPACIONAL	$ 33.944,92	33.944,92

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5475	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5476	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 90.203,03	90.203,03
5477	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5478	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 90.203,03	90.203,03
5479	890463	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	$ 90.203,03	90.203,03
5480	890464	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	$ 90.203,03	90.203,03
5481	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 90.203,03	90.203,03
5482	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGIA	$ 207.138,83	207.138,83
5483	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5484	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5485	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5486	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5487	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5488	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 90.203,03	90.203,03
5489	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA	$ 90.203,03	90.203,03
5490	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGIA	$ 90.203,03	90.203,03
5491	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MEDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	$ 164.874,42	164.874,42
5492	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	$ 71.286,28	71.286,28
5493	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 94.982,00	94.982,00
5494	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 39.725,18	39.725,18
5495	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGIA	$ 38.729,56	38.729,56
5496	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR FISIOTERAPIA	$ 36.340,07	36.340,07
5497	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	$ 36.340,07	36.340,07

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5498	890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	$ 36.340,07	36.340,07
5499	890615	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	$ 94.982,00	94.982,00
5500	890701	CONSULTA DE URGENCIAS. POR MEDICINA GENERAL	$ 93.090,33	93.090,33
5501	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MEDICAS	$ 93.090,33	93.090,33
5502	890703	CONSULTA DE URGENCIAS. POR ODONTOLOGIA GENERAL	$ 42.015,10	42.015,10
5503	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	$ 93.090,33	93.090,33
5504	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	$ 93.090,33	93.090,33
5505	890763	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR	$ 93.090,33	93.090,33
5506	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	$ 93.090,33	93.090,33
5507	890783	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	$ 93.090,33	93.090,33
5508	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS	$ 93.090,33	93.090,33
5509	891001	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTIDEO [WADA] SOD +	$ 778.573,64	778.573,64
5510	891101	TONOMETRIA SOD	$ 492.262,10	492.262,10
5511	891201	RINOMANOMETRIA	$ 157.315,81	157.315,81
5512	891203	RINOMETRIA ACUSTICA	$ 157.315,81	157.315,81
5513	891401	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	$ 114.794,81	114.794,81
5514	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	$ 138.390,97	138.390,97
5515	891410	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL	$ 138.455,72	138.455,72
5516	891501	ELECTROCORTICOGRAFIA	$ 142.671,32	142.671,32
5517	891503	REFLEJO NEUROLOGICO TRIGEMINO FACIAL (PALPEBRAL)	$ 100.657,03	100.657,03
5518	891504	PRUEBA DE ESTIMULACION MAXIMA DE NERVIO FACIAL [HILGER]	$ 177.120,52	177.120,52
5519	891505	ESTIMULACION ELECTRICA CORTICAL	$ 100.657,03	100.657,03
5520	891507	REFLEJOS NEUROLOGICOS BULBO CAVERNOSO	$ 102.042,80	102.042,80
5521	891509	NEUROCONDUCCION (CADA NERVIO)	$ 82.636,33	82.636,33
5522	891510	PRUEBA COMPLETA CON TENSILON +	$ 108.656,78	108.656,78
5523	891511	PRUEBA DE ESTIMULO REPETITIVO	$ 100.657,03	100.657,03

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5524	891512	TRIPLES CAROTIDEOS +	$ 316.995,20	316.995,20
5525	891513	PRUEBA FUNCIONAL DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS	$ 272.102,53	272.102,53
5526	891514	ONDA F (POR NERVIO)	$ 100.657,03	100.657,03
5527	891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	$ 100.657,03	100.657,03
5528	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES (CADA EXTREMIDAD)	$ 272.102,53	272.102,53
5529	891531	POTENCIALES EVOCADOS DE LATENCIA MEDIA Y LARGA	$ 272.102,53	272.102,53
5530	891532	POTENCIALES EVOCADOS MOTORES CON ESTIMULACION MAGNETICA	$ 271.787,65	271.787,65
5531	891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACION DE DISPOSITIVO MEDICO	$ 2.396.154,95	2.396.154,95
5532	891704	ESTUDIO FISIOLOGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFIA]	$ 2.396.154,95	2.396.154,95
5533	891801	PRUEBAS DE LATENCIA MULTIPLE DE SUEÑO	$ 250.398,04	250.398,04
5534	891803	PRUEBA DE MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA	$ 250.383,47	250.383,47
5535	891804	MONITOREO DE PRESION POSITIVA DURANTE EL SUEÑO	$ 2.396.154,95	2.396.154,95
5536	891805	MONITOREO DE FLUJO RESPIRATORIO DURANTE EL SUEÑO [POLIGRAFIA RESPIRATORIA]	$ 2.396.154,95	2.396.154,95
5537	891901	MONITORIZACION ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	$ 334.926,05	334.926,05
5538	892001	URODINAMIA ESTANDAR +	$ 83.134,14	83.134,14
5539	892003	URODINAMIA CON VALORACION ANATOMICA	$ 83.146,28	83.146,28
5540	892201	CISTOMETROGRAMA SOD +	$ 102.946,95	102.946,95
5541	892301	ELECTROMIOGRAFIA ESFINTER URETRAL §	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
5542	892302	ELECTROMIOGRAFIA ESFINTER VESICAL +	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
5543	892401	UROFLUJOMETRIA SOD	$ 50.577,42	50.577,42
5544	892501	PERFIL DE PRESION URETRAL SOD	$ 81.256,23	81.256,23
5545	892601	ESFINTEROMANOMETRIA SOD	$ 86.452,87	86.452,87
5546	892801	CISTOMETRIA SOD +	$ 167.662,15	167.662,15
5547	892901	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO	$ 45.400,20	45.400,20
5548	892904	TECNICAS DE INSPECCION VISUAL CON ACIDO ACETICO Y LUGOL	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
5549	892905	CAVERNOSOMETRIA	$ 702.962,48	702.962,48
5550	892906	CAVERNOSOGRAFIA	$ 702.962,48	702.962,48
5551	892908	BIOTESIOMETRIA	$ 1.285.457,56	1.285.457,56
5552	892909	PRUEBA FARMACOLOGICA INTRACAVERNOSA	$ 1.285.457,56	1.285.457,56

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5553	893201	MANOMETRIA ESOFAGICA SIN IMPEDANCIOMETRIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
5554	893202	MANOMETRIA ESOFAGICA CON IMPEDANCIOMETRIA	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
5555	893401	EXAMEN DIGITAL DE RECTO SOD	$ 83.182,71	83.182,71
5556	893601	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL	$ 83.134,14	83.134,14
5557	893703	ESPIROMETRIA	$ 91.198,65	91.198,65
5558	893802	CURVA DE HIPEROXIA	$ 427.068,51	427.068,51
5559	893805	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 222.520,73	222.520,73
5560	893808	ESPIROMETRIA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	$ 91.198,65	91.198,65
5561	893809	RESISTENCIA DE VIAS AEREAS POR PLETISMOGRAFIA SIMPLE +	$ 239.989,38	239.989,38
5562	893811	MEDICION DE PRESION INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA MAXIMA CON EQUIPO PORTATIL	$ 18.916,75	18.916,75
5563	893812	REGISTRO DE OXIMETRIA CUTANEA	$ 56.650,69	56.650,69
5564	893818	MEDICION NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	$ 512.576,76	512.576,76
5565	893823	MEDICION DE CALORIMETRIA INDIRECTA §	$ 479.034,94	479.034,94
5566	893824	PRUEBA DE HIDROGENO ESPIRADO	$ 354.751,81	354.751,81
5567	893901	MONITOREO DE pH ESOFAGICO EN 24 HORAS [pHMETRIA] SIN IMPEDANCIOMETRIA	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
5568	893902	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFAGICA +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
5569	893903	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFAGICA CON PERFUSION DE ACIDO +	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
5570	893904	PRUEBA ENDOSCOPICA DE UREASA RAPIDA PARA DETERMINACION DE HELICOBACTER PYLORI +	$ 1.589.704,00	1.589.704,00
5571	893905	MONITOREO DE pH ESOFAGICO EN 24 HORAS [pHMETRIA] CON IMPEDANCIOMETRIA	$ 520.135,37	520.135,37
5572	893909	ELECTROGASTROGRAFIA TRANSCUTANEA O INTRAGASTRICA +	$ 924.491,64	924.491,64
5573	893910	PRUEBA DE SENSIBILIZACION CON ALERGENO VIA ORAL [PROVOCACION]	$ 611.312,16	611.312,16
5574	893911	MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA	$ 53.855,67	53.855,67
5575	894101	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO-PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)	$ 711.966,76	711.966,76
5576	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$ 456.789,75	456.789,75
5577	894104	PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS	$ 711.902,01	711.902,01
5578	894401	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$ 456.831,03	456.831,03
5579	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	$ 456.831,03	456.831,03

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5580	894403	PRUEBA DE 12 MINUTOS [COOPER]	$ 456.831,03	456.831,03
5581	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO CONTINUO (HOLTER)	$ 743.276,91	743.276,91
5582	895002	MONITOREO ELECTROCARDIOGRAFICO DE EVENTOS	$ 638.749,14	638.749,14
5583	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	$ 638.749,14	638.749,14
5584	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA	$ 743.276,91	743.276,91
5585	895005	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL CENTRAL	$ 749.302,45	749.302,45
5586	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD	$ 77.459,12	77.459,12
5587	895201	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCION (ESTUDIO DE POTENCIALES TARDIOS)	$ 402.926,79	402.926,79
5588	895301	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG) SOD	$ 231.481,29	231.481,29
5589	895401	MONITORIZACION ELECTROCARDIOGRAFICA (TELEMETRIA)	$ 334.926,05	334.926,05
5590	895501	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS SOD	$ 231.481,29	231.481,29
5591	895701	APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG) SOD	$ 231.449,72	231.449,72
5592	895801	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNOSTICO	$ 268.816,98	268.816,98
5593	895901	MEDICION DE PRESION DE MUÑON CAROTIDEO	$ 1.758.386,85	1.758.386,85
5594	895902	MEDICION DE SATURACION VENOSA CEREBRAL	$ 1.758.386,85	1.758.386,85
5595	895910	PRUEBAS DE FUNCION AUTONOMICA CARDIOVASCULAR	$ 1.169.242,18	1.169.242,18
5596	895911	ESTUDIO HEMODINAMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES VOLUMETRICAS INTRATORACICAS (CARDIOIMPEDANCIA)	$ 755.400,82	755.400,82
5597	895912	ESTUDIO HEMODINAMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES DE PRESIONES CENTRALES	$ 974.095,29	974.095,29
5598	896001	COLOCACION DE CATETER (FRACCION DE EYECCION VENTRICULO DERECHO)	$ 881.022,78	881.022,78
5599	896101	MONITOREO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA (TELEMETRIA)	$ 749.302,45	749.302,45
5600	896201	MONITORIZACION DE PRESION VENOSA CENTRAL SOD	$ 749.302,45	749.302,45
5601	896301	MONITORIZACION DE PRESION DE ARTERIA PULMONAR SOD	$ 755.375,73	755.375,73
5602	896401	MONITORIZACION DE PRESION DE CAPILAR PULMONAR SOD	$ 755.375,73	755.375,73
5603	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 42.512,91	42.512,91
5604	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 183.293,36	183.293,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5605	898002	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION+	$ 54.360,77	54.360,77
5606	898003	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA POR ASPIRACION DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO [BACAF]	$ 99.163,60	99.163,60
5607	898015	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL MANUAL	$ 45.400,20	45.400,20
5608	898034	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN CITOLOGIA ANAL	$ 27.877,32	27.877,32
5609	898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA +	$ 167.662,15	167.662,15
5610	898102	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN BIOPSIA +	$ 222.520,73	222.520,73
5611	898201	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +	$ 193.249,54	193.249,54
5612	898103	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +	$ 256.570,88	256.570,88
5613	898202	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO +	$ 256.570,88	256.570,88
5614	898203	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO+	$ 241.835,72	241.835,72
5615	898205	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN DE RECONOCIMIENTO §	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
5616	898223	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO §	$ 514.037,81	514.037,81
5617	898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES §	$ 304.758,81	304.758,81
5618	898242	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES§	$ 514.037,81	514.037,81
5619	898265	ESTUDIO DE BIOLOGIA MOLECULAR EN ESPECIMEN CON MAPEO §	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
5620	898303	ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM DE ÓRGANOS O TEJIDOS	$ 304.758,81	304.758,81
5621	898304	ESTUDIOS ANATOMOPATOLOGICOS POST MORTEM DE FETO Y PLACENTA	$ 261.748,09	261.748,09
5622	898802	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO MOLECULAR (ESPECÍFICO)	$ 241.835,72	241.835,72
5623	898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)	$ 141.278,26	141.278,26
5624	898808	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR TINCIÓN HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$ 222.520,73	222.520,73
5625	898809	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR INMUNOFLUORESCENCIA (ESPECÍFICO)	$ 340.103,27	340.103,27

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5626	898812	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA ESPECIAL (ESPECÍFICO)	$ 514.037,81	514.037,81
5627	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 49.083,99	49.083,99
5628	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 49.083,99	49.083,99
5629	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 49.083,99	49.083,99
5630	901005	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCION	$ 312.723,76	312.723,76
5631	901006	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E-TEST	$ 49.083,99	49.083,99
5632	901007	MYCOBACTERIUM PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 312.723,76	312.723,76
5633	901008	NEISSERIA GONORRHOEAE PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$ 141.726,69	141.726,69
5634	901101	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 24.990,02	24.990,02
5635	901102	COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 44.902,39	44.902,39
5636	901103	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA+	$ 27.877,32	27.877,32
5637	901104	COLORACION AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA +	$ 55.754,63	55.754,63
5638	901106	COLORACION GIEMSA Y LECTURA §	$ 55.754,63	55.754,63
5639	901107	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 20.310,62	20.310,62
5640	901108	COLORACION ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 55.744,92	55.744,92
5641	901109	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA+	$ 30.665,05	30.665,05
5642	901110	COLORACION TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA	$ 55.744,92	55.744,92
5643	901111	BACILOSCOPIA COLORACION ACIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$ 27.379,51	27.379,51
5644	901201	ACTINOMYCES CULTIVO	$ 55.754,63	55.754,63
5645	901202	BORDETELLA PERTUSSIS CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5646	901203	BRUCELLA CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5647	901204	CLOSTRIDIUM BOTULINUM CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5648	901205	CLOSTRIDIUM DIFFICILE CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5649	901206	COPROCULTIVO	$ 125.149,24	125.149,24
5650	901207	CORYNEBACTERIUM DIFTERIAE CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5651	901208	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS CULTIVO	$ 61.927,47	61.927,47
5652	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$ 63.819,14	63.819,14

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5653	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 63.819,14	63.819,14
5654	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA	$ 79.848,60	79.848,60
5655	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 55.754,63	55.754,63
5656	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 55.754,63	55.754,63
5657	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA	$ 79.848,60	79.848,60
5658	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA	$ 79.848,60	79.848,60
5659	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MEDULA OSEA	$ 79.848,60	79.848,60
5660	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	$ 63.819,14	63.819,14
5661	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA	$ 104.838,62	104.838,62
5662	901219	CULTIVO PARA VIRUS	$ 351.055,07	351.055,07
5663	901220	HELICOBACTER PYLORI CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5664	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 112.007,08	112.007,08
5665	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 112.007,08	112.007,08
5666	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 112.007,08	112.007,08
5667	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 112.007,08	112.007,08
5668	901226	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACIÓN	$ 112.007,08	112.007,08
5669	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 112.007,08	112.007,08
5670	901228	LEGIONELLA CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5671	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 113.400,94	113.400,94
5672	901230	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CULTIVO	$ 113.400,94	113.400,94
5673	901231	MYCOPLASMA CULTIVO	$ 48.187,93	48.187,93
5674	901232	NEISSERIA GONORRHOEAE CULTIVO	$ 95.878,06	95.878,06
5675	901233	NEISSERIA MENINGITIDIS CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5676	901234	NOCARDIA SPP CULTIVO HONGOS	$ 55.754,63	55.754,63
5677	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 103.444,76	103.444,76
5678	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 103.444,76	103.444,76
5679	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 103.444,76	103.444,76
5680	901238	YERSINIA ENTEROCOLITICA CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5681	901239	TRICHOMONA CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5682	901241	Campylobacter spp CULTIVO	$ 63.819,14	63.819,14
5683	901301	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	$ 23.148,53	23.148,53
5684	901303	ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	$ 43.508,53	43.508,53
5685	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA+	$ 84.129,76	84.129,76
5686	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 22.700,10	22.700,10
5687	901306	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLUOR§	$ 22.700,10	22.700,10
5688	901307	HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	$ 119.486,36	119.486,36
5689	901310	Leishmania TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA	$ 26.483,45	26.483,45
5690	901311	LEPTOSPIRA SEROTIPIFICACION	$ 57.148,50	57.148,50
5691	901312	LISTERIA SEROTIPIFICACION	$ 70.390,23	70.390,23
5692	901313	MYCOBACTERIUM IDENTIFICACION	$ 159.697,20	159.697,20
5693	901315	MYCOBACTERIUM LEPRAE DETECCION DE GLICOLIPIDO FENOLICO AUTOMATIZADO	$ 312.723,76	312.723,76
5694	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$ 266.427,50	266.427,50
5695	901319	SHIGUELLA SEROTIPIFICACION	$ 52.469,09	52.469,09
5696	901320	STAPHYLOCOCCUS AUREUS SEROTIPIFICACION	$ 51.971,28	51.971,28
5697	901321	STREPTOCOCCUS BETA HEMOLITICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 79.848,60	79.848,60
5698	901322	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE [PNEUMOCOCCUS] SEROTIPIFICACION	$ 39.227,37	39.227,37
5699	901323	MYCOBACTERIUM LEPRAE PRUEBA DE VIABILIDAD	$ 312.723,76	312.723,76
5700	901324	Filaria EXAMEN DIRECTO	$ 39.725,18	39.725,18
5701	902002	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 45.400,20	45.400,20
5702	902003	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	$ 255.575,26	255.575,26
5703	902006	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	$ 116.188,67	116.188,67
5704	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 116.188,67	116.188,67
5705	902008	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) MANUAL	$ 116.188,67	116.188,67
5706	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 116.188,67	116.188,67
5707	902012	FACTOR II DE LA COAGULACION CUANTIFICACION [PROTROMBINA]	$ 23.197,91	23.197,91
5708	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACION [CHRISTMAS O PTC]	$ 44.902,39	44.902,39
5709	902015	FACTOR III PLAQUETARIO	$ 69.494,17	69.494,17

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5710	902016	FACTOR V DE LA COAGULACION [LABIL O PROACELERINA]	$ 44.902,39	44.902,39
5711	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACION [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 44.902,39	44.902,39
5712	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACION	$ 44.902,39	44.902,39
5713	902019	ANTIGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 44.902,39	44.902,39
5714	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 44.902,39	44.902,39
5715	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 44.902,39	44.902,39
5716	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 44.902,39	44.902,39
5717	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COAGULO]	$ 44.902,39	44.902,39
5718	902024	FIBRINOGENO	$ 35.941,83	35.941,83
5719	905107	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACION	$ 16.029,46	16.029,46
5720	902028	PLASMINA [FIBRINOLISINA]	$ 266.445,31	266.445,31
5721	902029	PLASMINOGENO	$ 79.848,60	79.848,60
5722	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACION DE FIBRINOGENO	$ 55.754,63	55.754,63
5723	902032	PROPERDINA FACTOR B +	$ 55.754,63	55.754,63
5724	902038	PRUEBA DE PROTAMINA	$ 99.163,60	99.163,60
5725	902041	RETRACCION DE COAGULO	$ 24.990,02	24.990,02
5726	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACION	$ 23.197,91	23.197,91
5727	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 57.148,50	57.148,50
5728	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 57.148,50	57.148,50
5729	902047	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	$ 9.956,18	9.956,18
5730	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 17.522,88	17.522,88
5731	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 55.754,63	55.754,63
5732	902053	AGREGACION PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	$ 255.543,69	255.543,69
5733	902069	MULTIMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$ 44.916,15	44.916,15
5734	902101	CELULAS LE	$ 41.119,04	41.119,04
5735	902102	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$ 20.808,43	20.808,43
5736	902103	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA	$ 20.808,43	20.808,43
5737	902107	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	$ 24.990,02	24.990,02
5738	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 85.523,63	85.523,63
5739	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 85.523,63	85.523,63
5740	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 83.134,14	83.134,14

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5741	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 51.971,28	51.971,28
5742	902113	HEMOGLOBINA PLASMATICA	$ 74.671,38	74.671,38
5743	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 30.665,05	30.665,05
5744	902115	HEMOLISIS ACIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 40.123,42	40.123,42
5745	902116	HIERRO MEDULAR	$ 66.606,87	66.606,87
5746	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 23.596,16	23.596,16
5747	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 17.522,88	17.522,88
5748	902122	SULFOHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 157.307,72	157.307,72
5749	902204	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 8.960,57	8.960,57
5750	902205	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA §	$ 8.960,57	8.960,57
5751	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGIA	$ 14.137,78	14.137,78
5752	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$ 39.227,37	39.227,37
5753	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E INDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 39.227,37	39.227,37
5754	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	$ 39.227,37	39.227,37
5755	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 38.866,25	38.866,25
5756	902211	HEMATOCRITO +	$ 7.068,89	7.068,89
5757	902213	HEMOGLOBINA +	$ 14.635,59	14.635,59
5758	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 20.310,62	20.310,62
5759	902215	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	$ 20.310,62	20.310,62
5760	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 37.833,50	37.833,50
5761	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR] +	$ 24.990,02	24.990,02
5762	902218	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA +	$ 24.990,02	24.990,02

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5763	902219	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$ 24.990,02	24.990,02
5764	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 16.029,46	16.029,46
5765	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 16.029,46	16.029,46
5766	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 24.990,02	24.990,02
5767	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 24.990,02	24.990,02
5768	902225	TITULO ANTI D +	$ 60.931,85	60.931,85
5769	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 38.729,56	38.729,56
5770	903002	ALFA FETOPROTEINA [AFP] EN LIQUIDO AMNIOTICO	$ 132.715,94	132.715,94
5771	903003	BICARBONATO	$ 46.296,26	46.296,26
5772	903004	CALCULO BILIAR ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 53.365,15	53.365,15
5773	903005	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	$ 119.474,22	119.474,22
5774	903006	CAROTENOS+	$ 43.508,53	43.508,53
5775	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 62.325,72	62.325,72
5776	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 62.325,72	62.325,72
5777	903012	DIOXIDO DE CARBON +	$ 57.148,50	57.148,50
5778	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 148.844,96	148.844,96
5779	903014	ESTERASA PANCREATICA ENZIMA ALFA NAFTIL-BUTIRATO	$ 81.242,47	81.242,47
5780	903015	ESTERASA PANCREATICA ENZIMA ALFA NAFTIL-CLORACETATO	$ 81.242,47	81.242,47
5781	903016	FERRITINA +	$ 90.203,03	90.203,03
5782	903018	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE §	$ 28.773,37	28.773,37
5783	903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 53.365,15	53.365,15
5784	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 53.365,15	53.365,15
5785	903022	HOMOCISTEINA	$ 126.593,29	126.593,29
5786	903024	LACTOGENO PLACENTARIO +	$ 114.794,81	114.794,81
5787	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 62.325,72	62.325,72
5788	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 71.784,09	71.784,09
5789	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 71.784,09	71.784,09
5790	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 71.784,09	71.784,09
5791	903030	MIOGLOBINA CARDIACA +	$ 50.975,67	50.975,67

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5792	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 50.975,67	50.975,67
5793	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA+	$ 32.158,48	32.158,48
5794	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO+	$ 32.158,48	32.158,48
5795	903035	OSTEOCALCINA	$ 39.725,18	39.725,18
5796	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 39.725,18	39.725,18
5797	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA +	$ 48.187,93	48.187,93
5798	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 49.083,99	49.083,99
5799	903040	PORFOBILINOGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 48.187,93	48.187,93
5800	903041	PORFOBILINOGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 48.187,93	48.187,93
5801	903042	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS] +	$ 175.726,66	175.726,66
5802	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA HELICOBACTER PILORY +	$ 141.278,26	141.278,26
5803	903044	SATURACION DE TRANSFERRINA	$ 141.278,26	141.278,26
5804	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 141.278,26	141.278,26
5805	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 141.278,26	141.278,26
5806	903062	MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 239.944,05	239.944,05
5807	903101	ACIDOS BILIARES TOTALES	$ 79.848,60	79.848,60
5808	903102	ACIDO CITRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 65.710,82	65.710,82
5809	903103	ACIDO 5 HIDROXI INDOLACETICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 65.710,82	65.710,82
5810	903104	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 116.686,48	116.686,48
5811	903105	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO +	$ 100.657,03	100.657,03
5812	903106	ACIDO FOLICO EN ERITROCITOS +	$ 100.657,03	100.657,03
5813	903107	ACIDO FORMICO EN ORINA	$ 172.938,93	172.938,93
5814	903109	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 172.938,93	172.938,93
5815	903110	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 68.498,55	68.498,55
5816	903111	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 68.498,55	68.498,55
5817	903112	ACIDO PIRUVICO [PIRUVATO] +	$ 135.603,23	135.603,23
5818	903113	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 146.455,48	146.455,48
5819	903201	FENILALANINA POST. CURVA DE TOLERANCIA CON ESTIMULO BH-4	$ 479.034,94	479.034,94
5820	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 43.508,53	43.508,53
5821	903304	DISACARIDASA (LACTOSA SUCROSA MALTOSA Y PALATINASA)	$ 132.786,36	132.786,36

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5822	903305	FRUCTOSA	$ 132.750,75	132.750,75
5823	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 26.483,45	26.483,45
5824	903402	ALDOLASA	$ 63.819,14	63.819,14
5825	903403	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 266.427,50	266.427,50
5826	903404	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 266.427,50	266.427,50
5827	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.784,09	71.784,09
5828	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 71.784,09	71.784,09
5829	903407	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA U OROMUCOIDE	$ 41.119,04	41.119,04
5830	903411	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	$ 207.885,13	207.885,13
5831	903412	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	$ 207.885,13	207.885,13
5832	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 78.454,73	78.454,73
5833	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 78.454,73	78.454,73
5834	903418	COLIGLICINA	$ 183.791,17	183.791,17
5835	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 57.148,50	57.148,50
5836	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 57.148,50	57.148,50
5837	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 48.187,93	48.187,93
5838	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 48.187,93	48.187,93
5839	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCION	$ 135.603,23	135.603,23
5840	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$ 97.271,92	97.271,92
5841	903425	FRUCTOSAMINA	$ 43.906,77	43.906,77
5842	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 86.419,68	86.419,68
5843	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 86.419,68	86.419,68
5844	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 89.306,98	89.306,98
5845	903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA	$ 84.528,01	84.528,01
5846	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 96.375,87	96.375,87
5847	903431	LIPOPROTEINA A	$ 136.997,10	136.997,10
5848	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 67.104,68	67.104,68
5849	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 65.710,82	65.710,82
5850	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 65.710,82	65.710,82
5851	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$ 120.967,64	120.967,64
5852	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 120.967,64	120.967,64
5853	903501	LIQUIDO AMNIOTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	$ 48.187,93	48.187,93

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5854	903502	LIQUIDO AMNIOTICO INDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CELULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRIA 650 NM)	$ 144.065,99	144.065,99
5855	903503	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	$ 91.696,46	91.696,46
5856	903504	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANALISIS CON LUZ POLARIZADA)	$ 100.159,22	100.159,22
5857	903602	AMONIO	$ 61.429,66	61.429,66
5858	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 33.552,34	33.552,34
5859	903604	CALCIO IONICO	$ 33.552,34	33.552,34
5860	903608	ZINC	$ 100.159,22	100.159,22
5861	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 100.159,22	100.159,22
5862	903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION DIRECTA	$ 186.642,85	186.642,85
5863	903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICION INDIRECTA	$ 186.642,85	186.642,85
5864	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 207.885,13	207.885,13
5865	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 207.885,13	207.885,13
5866	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 207.885,13	207.885,13
5867	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 207.885,13	207.885,13
5868	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 207.885,13	207.885,13
5869	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 207.885,13	207.885,13
5870	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 207.885,13	207.885,13
5871	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 207.885,13	207.885,13
5872	903801	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 26.483,45	26.483,45
5873	903802	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 26.483,45	26.483,45
5874	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 16.029,46	16.029,46
5875	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.029,46	16.029,46
5876	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 30.665,05	30.665,05
5877	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30.665,05	30.665,05
5878	903807	ASPIRADO GASTRICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 54.360,77	54.360,77
5879	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 37.833,50	37.833,50

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5880	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 33.552,34	33.552,34
5881	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 33.552,34	33.552,34
5882	903812	CAPACIDAD DE COMBINACION DEL HIERRO	$ 66.606,87	66.606,87
5883	903813	CLORO	$ 17.921,13	17.921,13
5884	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.921,13	17.921,13
5885	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 39.725,18	39.725,18
5886	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.794,07	46.794,07
5887	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 46.794,07	46.794,07
5888	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 48.187,93	48.187,93
5889	903819	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 50.975,67	50.975,67
5890	903820	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	$ 50.975,67	50.975,67
5891	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 36.340,07	36.340,07
5892	903822	CREATINA	$ 26.483,45	26.483,45
5893	903823	CREATININA DEPURACION	$ 36.340,07	36.340,07
5894	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 22.700,10	22.700,10
5895	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	$ 14.635,59	14.635,59
5896	903827	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 14.635,59	14.635,59
5897	903828	DESHIDROGENASA LACTICA	$ 27.877,32	27.877,32
5898	903829	DESHIDROGENASA LACTICA ISOENZIMAS	$ 86.419,68	86.419,68
5899	903830	FOSFATASA ACIDA	$ 33.552,34	33.552,34
5900	903832	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	$ 87.913,11	87.913,11
5901	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 28.773,37	28.773,37
5902	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECIFICA DE HUESO	$ 42.512,91	42.512,91
5903	903835	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 31.660,67	31.660,67
5904	903836	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 31.660,67	31.660,67
5905	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 48.187,93	48.187,93
5906	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 87.913,11	87.913,11
5907	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 16.029,46	16.029,46
5908	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 23.596,16	23.596,16
5909	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 60.035,79	60.035,79
5910	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 60.035,79	60.035,79
5911	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 108.621,97	108.621,97
5912	903845	GLUCOSA TEST O’ SULLIVAN	$ 60.035,79	60.035,79

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5913	903846	HIERRO TOTAL+	$ 66.606,87	66.606,87
5914	903847	LIPASA+	$ 60.434,04	60.434,04
5915	903848	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 84.129,76	84.129,76
5916	903849	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO)	$ 100.159,22	100.159,22
5917	903850	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 103.444,76	103.444,76
5918	903851	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	$ 91.696,46	91.696,46
5919	903852	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	$ 102.548,70	102.548,70
5920	903853	LIQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FISICO Y CITOQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y TEST DE MUCINA)	$ 100.159,22	100.159,22
5921	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 36.340,07	36.340,07
5922	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 36.340,07	36.340,07
5923	903856	NITROGENO UREICO	$ 18.916,75	18.916,75
5924	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.916,75	18.916,75
5925	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA +	$ 32.158,48	32.158,48
5926	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 56.252,44	56.252,44
5927	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 56.252,44	56.252,44
5928	903861	PROTEINAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 100.159,22	100.159,22
5929	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.921,13	17.921,13
5930	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS +	$ 16.029,46	16.029,46
5931	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 46.296,26	46.296,26
5932	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 46.296,26	46.296,26
5933	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 40.793,50	40.793,50
5934	903867	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 40.793,50	40.793,50
5935	903868	TRIGLICERIDOS +	$ 26.483,45	26.483,45
5936	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 20.808,43	20.808,43
5937	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 46.296,26	46.296,26

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5938	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 33.552,34	33.552,34
5939	903877	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	$ 26.483,45	26.483,45
5940	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 46.296,26	46.296,26
5941	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 17.921,13	17.921,13
5942	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 108.621,97	108.621,97
5943	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 22.700,10	22.700,10
5944	904004	RENINA TOTAL	$ 144.065,99	144.065,99
5945	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMATICA	$ 144.065,99	144.065,99
5946	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 235.762,45	235.762,45
5947	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA	$ 107.228,11	107.228,11
5948	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA]	$ 145.061,61	145.061,61
5949	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$ 144.065,99	144.065,99
5950	904106	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 319.394,40	319.394,40
5951	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 164.874,42	164.874,42
5952	904108	PROLACTINA	$ 128.036,53	128.036,53
5953	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 128.036,53	128.036,53
5954	904111	HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	$ 107.275,87	107.275,87
5955	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULACION CADA MUESTRA	$ 311.329,89	311.329,89
5956	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 311.329,89	311.329,89
5957	904203	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTIMULO CADA MUESTRA	$ 311.329,89	311.329,89
5958	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION +	$ 103.444,76	103.444,76
5959	904206	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCAGON CADA MUESTRA	$ 311.329,89	311.329,89
5960	904208	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO INSULINA CADA MUESTRA	$ 311.329,89	311.329,89
5961	904210	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA	$ 103.444,76	103.444,76
5962	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACION 2 MUESTRAS	$ 142.672,13	142.672,13

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5963	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESION CON DEXAMETASONA +	$ 142.672,13	142.672,13
5964	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 142.672,13	142.672,13
5965	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	$ 129.430,40	129.430,40
5966	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA	$ 144.065,99	144.065,99
5967	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 200.816,24	200.816,24
5968	904503	ESTRADIOL	$ 129.430,40	129.430,40
5969	904504	ESTRIOL +	$ 128.036,53	128.036,53
5970	904506	ESTROGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$ 73.177,96	73.177,96
5971	904508	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 76.563,06	76.563,06
5972	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA +	$ 144.065,99	144.065,99
5973	904510	PROGESTERONA +	$ 132.715,94	132.715,94
5974	904512	ANDROSTERONA	$ 138.390,97	138.390,97
5975	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 135.603,23	135.603,23
5976	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 124.253,18	124.253,18
5977	904603	TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTROPICA CADA MUESTRA	$ 124.246,71	124.246,71
5978	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA +	$ 141.278,26	141.278,26
5979	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 141.278,26	141.278,26
5980	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 141.278,26	141.278,26
5981	904705	INSULINA LIBRE	$ 141.278,26	141.278,26
5982	904716	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 141.278,26	141.278,26
5983	904720	ELASTASA PANCREATICA	$ 87.913,11	87.913,11
5984	904801	ALDOSTERONA	$ 211.668,48	211.668,48
5985	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 211.668,48	211.668,48
5986	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 122.361,51	122.361,51
5987	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 112.007,08	112.007,08
5988	904806	CORTISOL [DOS MUESTRAS -AM/PM-]	$ 112.007,08	112.007,08
5989	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 112.007,08	112.007,08
5990	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 183.791,17	183.791,17
5991	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 144.065,99	144.065,99
5992	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 61.927,47	61.927,47

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
5993	904814	HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL	$ 122.361,51	122.361,51
5994	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 115.292,62	115.292,62
5995	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 124.253,18	124.253,18
5996	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 124.253,18	124.253,18
5997	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION +	$ 407.705,76	407.705,76
5998	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACION ULTRASENSIBLE +	$ 407.705,76	407.705,76
5999	904907	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS	$ 407.705,76	407.705,76
6000	904908	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS	$ 124.253,18	124.253,18
6001	904909	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 407.705,76	407.705,76
6002	904910	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 124.253,18	124.253,18
6003	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL +	$ 183.791,17	183.791,17
6004	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA +	$ 183.791,17	183.791,17
6005	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA MEDIA	$ 183.791,17	183.791,17
6006	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL +	$ 183.791,17	183.791,17
6007	904915	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 124.253,18	124.253,18
6008	904921	TIROXINA LIBRE	$ 94.484,19	94.484,19
6009	904922	TIROXINA TOTAL [T4] +	$ 96.077,18	96.077,18
6010	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACION)	$ 92.592,52	92.592,52
6011	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 92.592,52	92.592,52
6012	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL [T3] +	$ 92.592,52	92.592,52
6013	905001	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.028,26	68.028,26
6014	905002	NIVEL DE LIDOCAINA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.000,74	68.000,74
6015	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.083,99	49.083,99
6016	905101	CUMARINICOS +	$ 84.528,01	84.528,01

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6017	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 84.528,01	84.528,01
6018	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 84.528,01	84.528,01
6019	905201	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 99.163,60	99.163,60
6020	905202	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 99.163,60	99.163,60
6021	905204	BARBITURICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 87.913,11	87.913,11
6022	905205	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 147.351,53	147.351,53
6023	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 67.047,21	67.047,21
6024	905209	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 67.047,21	67.047,21
6025	905210	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 154.519,98	154.519,98
6026	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 154.519,98	154.519,98
6027	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$ 154.519,98	154.519,98
6028	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 98.765,35	98.765,35
6029	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.671,38	74.671,38
6030	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 93.588,14	93.588,14
6031	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 93.588,14	93.588,14
6032	905307	CLORPROMAZINA +	$ 67.104,68	67.104,68
6033	905308	FENCICLIDINA +	$ 53.365,15	53.365,15
6034	905309	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO	$ 67.104,68	67.104,68
6035	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 67.104,68	67.104,68
6036	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 39.227,37	39.227,37
6037	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 67.104,68	67.104,68
6038	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 101.553,08	101.553,08
6039	905406	KANAMICINA AUTOMATIZADO	$ 68.000,74	68.000,74
6040	905407	NETILMICINA AUTOMATIZADO	$ 87.415,30	87.415,30
6041	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 97.769,73	97.769,73
6042	905414	CIPROFLOXACINA AUTOMATIZADO	$ 71.843,99	71.843,99
6043	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.455,48	146.455,48
6044	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 92.592,52	92.592,52
6045	905604	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 122.361,51	122.361,51

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6046	905606	NITROPRUSIATO DE SODIO	$ 28.773,37	28.773,37
6047	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 138.390,97	138.390,97
6048	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$ 138.390,97	138.390,97
6049	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 74.173,58	74.173,58
6050	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.173,58	74.173,58
6051	905703	ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$ 87.870,21	87.870,21
6052	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 87.913,11	87.913,11
6053	905706	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 64.217,39	64.217,39
6054	905707	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] MANUAL	$ 64.217,39	64.217,39
6055	905709	ARSENICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 56.650,69	56.650,69
6056	905710	ATROPINICOS AUTOMATIZADO	$ 74.173,58	74.173,58
6057	905711	ATROPINICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.173,58	74.173,58
6058	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	$ 67.104,68	67.104,68
6059	905715	CAFEINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.784,09	71.784,09
6060	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$ 48.187,93	48.187,93
6061	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 48.187,93	48.187,93
6062	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 48.187,93	48.187,93
6063	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 48.187,93	48.187,93
6064	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 57.148,50	57.148,50
6065	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 52.469,09	52.469,09
6066	905725	COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 89.306,98	89.306,98
6067	905726	COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 89.306,98	89.306,98
6068	905728	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 114.794,81	114.794,81
6069	905729	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	$ 114.794,81	114.794,81
6070	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 135.603,23	135.603,23
6071	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 119.474,22	119.474,22
6072	905732	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.671,38	74.671,38
6073	905733	METACUALONA MANUAL	$ 74.671,38	74.671,38
6074	905735	METADONA MANUAL	$ 50.577,42	50.577,42
6075	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.937,96	95.937,96
6076	905738	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$ 57.148,50	57.148,50
6077	905739	OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.696,46	91.696,46
6078	905740	OPIACEOS MANUAL	$ 91.696,46	91.696,46

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6079	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.177,96	73.177,96
6080	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	$ 94.484,19	94.484,19
6081	905744	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 67.104,68	67.104,68
6082	905750	PRIMIDONA MANUAL	$ 150.238,83	150.238,83
6083	905752	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 87.415,30	87.415,30
6084	905753	QUININA SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.537,98	59.537,98
6085	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 55.754,63	55.754,63
6086	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 55.754,63	55.754,63
6087	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$ 76.961,31	76.961,31
6088	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 83.134,14	83.134,14
6089	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPEUTICA (ESPECIFICA)	$ 91.696,46	91.696,46
6090	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 66.606,87	66.606,87
6091	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 55.754,63	55.754,63
6092	906003	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.360,77	54.360,77
6093	906005	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 79.802,46	79.802,46
6094	906007	BORDETELLA PERTUSSI ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6095	906010	BRUCELLA ABORTUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 63.819,14	63.819,14
6096	906012	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 63.819,14	63.819,14
6097	906013	BRUCELLA SPP ANTICUERPOS MANUAL	$ 63.819,14	63.819,14
6098	906018	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.440,38	104.440,38
6099	906019	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.440,38	104.440,38
6100	906020	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.927,47	61.927,47
6101	906021	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.185,03	185.185,03
6102	906022	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.819,14	63.819,14
6103	906023	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.819,14	63.819,14
6104	906024	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.819,14	63.819,14
6105	906025	HELICOBACTER PYLORI ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.819,14	63.819,14

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6106	906026	LEGIONELLA SPP ANTICUERPOS IG G SEROTIPOS 1-14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.225,51	185.225,51
6107	906027	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 185.185,03	185.185,03
6108	906028	LEGIONELLA PNEUMONIAE ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 185.185,03	185.185,03
6109	906032	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.697,20	159.697,20
6110	906035	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.360,77	54.360,77
6111	906036	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.360,77	54.360,77
6112	906037	SHIGUELLA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.438,33	52.438,33
6113	906038	STREPTOCOCCUS B HEMOLITICO. ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B §	$ 79.802,46	79.802,46
6114	906039	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 155.143,80	155.143,80
6115	906040	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 24.990,02	24.990,02
6116	906041	TREPONEMA PALLIDUM ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 156.411,66	156.411,66
6117	906050	Actynomices ANTICUERPOS	$ 141.278,26	141.278,26
6118	906102	ASPERGILLUS ANTICUERPOS MANUAL	$ 141.278,26	141.278,26
6119	906103	BLASTOMYCES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 141.278,26	141.278,26
6120	906107	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.657,03	100.657,03
6121	906108	CISTICERCO ANTICUERPOS IG G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 100.625,46	100.625,46
6122	906109	CISTICERCO ANTICUERPOS TOTALES	$ 100.657,03	100.657,03
6123	906111	COCCIDIOIDES ANTICUERPOS	$ 79.848,60	79.848,60
6124	906112	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTICUERPOS MANUAL	$ 63.819,14	63.819,14
6125	906113	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.271,18	29.271,18
6126	906114	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTICUERPOS MANUAL	$ 29.326,23	29.326,23
6127	906118	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.927,47	61.927,47
6128	906119	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	$ 141.278,26	141.278,26

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6129	906121	LEISHMANIA ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 26.483,45	26.483,45
6130	906123	PARACOCCIDIODES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.971,28	51.971,28
6131	906124	SPOROTRIX ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.971,28	51.971,28
6132	906125	TOXOCARA CANIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 191.756,12	191.756,12
6133	906126	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 144.065,99	144.065,99
6134	906127	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	$ 144.065,99	144.065,99
6135	906128	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 144.065,99	144.065,99
6136	906129	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	$ 144.065,99	144.065,99
6137	906130	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 144.065,99	144.065,99
6138	906131	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.119,78	109.119,78
6139	906132	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS MANUAL	$ 109.119,78	109.119,78
6140	906135	Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.971,28	51.971,28
6141	906203	ADENOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 266.427,50	266.427,50
6142	906205	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.838,62	104.838,62
6143	906206	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.838,62	104.838,62
6144	906207	DENGUE ANTICUERPOS IG G	$ 167.662,15	167.662,15
6145	906208	DENGUE ANTICUERPOS IG M	$ 341.994,94	341.994,94
6146	906209	DENGUE ANTICUERPOS TOTALES	$ 63.819,14	63.819,14
6147	906210	ENTEROVIRUS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86.419,68	86.419,68
6148	906212	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (CAPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.455,48	146.455,48
6149	906213	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.455,48	146.455,48
6150	906214	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.455,48	146.455,48
6151	906215	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.455,48	146.455,48

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6152	906216	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.455,48	146.455,48
6153	906217	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.455,48	146.455,48
6154	906218	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 139.386,58	139.386,58
6155	906219	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 170.549,44	170.549,44
6156	906220	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 170.549,44	170.549,44
6157	906221	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBC] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.603,23	135.603,23
6158	906222	HEPATITIS B ANTICUERPOS E [ANTI-HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 170.549,44	170.549,44
6159	906223	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 170.549,44	170.549,44
6160	906224	HEPATITIS B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$ 155.714,73	155.714,73
6161	906225	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 191.756,12	191.756,12
6162	906226	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 139.386,58	139.386,58
6163	906228	HERPES I ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.238,83	150.238,83
6164	906229	HERPES I ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.238,83	150.238,83
6165	906230	HERPES II ANTICUERPOS IG G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.238,83	150.238,83
6166	906231	HERPES II ANTICUERPOS IG M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.238,83	150.238,83
6167	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.603,23	135.603,23
6168	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 175.726,66	175.726,66
6169	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 130.426,02	130.426,02
6170	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 130.426,02	130.426,02
6171	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 136.997,10	136.997,10
6172	906244	RUBEOLA ANTICUERPOS IGM SEMIAUTOMATIZADO	$ 136.997,10	136.997,10
6173	906245	SARAMPION ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.213,01	65.213,01

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6174	906247	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.671,38	74.671,38
6175	906248	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.671,38	74.671,38
6176	906249	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 134.506,14	134.506,14
6177	906250	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 658.999,86	658.999,86
6178	906251	VIRUS DE ENCEFALITIS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 167.662,15	167.662,15
6179	906257	Pneumocystis carinii ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 141.253,98	141.253,98
6180	906262	HEPATITIS B ANTICUERPOS S [ANTI-HBS] MANUAL	$ 170.549,44	170.549,44
6181	906263	HEPATITIS C ANTICUERPOS MANUAL	$ 191.756,12	191.756,12
6182	906264	RUBEOLA ANTICUERPOS MANUAL	$ 130.426,02	130.426,02
6183	906303	ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 266.427,50	266.427,50
6184	906304	ANTIGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 63.819,14	63.819,14
6185	906305	ARBOVIRUS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 167.662,15	167.662,15
6186	906306	BORDETELLA PERTUSSI ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 175.726,66	175.726,66
6187	906307	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.440,38	104.440,38
6188	906308	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTIGENO MANUAL	$ 104.440,38	104.440,38
6189	906314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS ANTIGENO	$ 63.819,14	63.819,14
6190	906316	GIARDIA LAMBLIA MANUAL	$ 116.687,29	116.687,29
6191	906317	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	$ 169.196,68	169.196,68
6192	906318	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 170.549,44	170.549,44
6193	906319	HEPATITIS DELTA ANTIGENO [AG HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 139.386,58	139.386,58
6194	906320	HERPES SIMPLEX ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.332,05	106.332,05
6195	906322	LEGIONELLA SPP ANTIGENO	$ 185.185,03	185.185,03
6196	906323	NEISSERIA GONORRHOEAE ANTIGENO	$ 79.848,60	79.848,60
6197	906325	PNEUMOCYSTIS CARINII ANTIGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.725,18	39.725,18
6198	906326	ROTAVIRUS ANTIGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 141.278,26	141.278,26

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6199	906327	ROTAVIRUS ANTIGENOS MANUAL	$ 141.278,26	141.278,26
6200	906328	SALMONELLA SPP IDENTIFICACION MANUAL	$ 63.819,14	63.819,14
6201	906329	VIRUS SINCITIAL RESPIRATORIO ANTIGENO	$ 132.715,94	132.715,94
6202	906335	Cryptosporidium spp ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 113.400,94	113.400,94
6203	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 119.474,22	119.474,22
6204	906404	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 198.417,05	198.417,05
6205	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 239.944,05	239.944,05
6206	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 175.726,66	175.726,66
6207	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 175.726,66	175.726,66
6208	906411	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.007,08	112.007,08
6209	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 164.874,42	164.874,42
6210	906414	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 126.642,67	126.642,67
6211	906415	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	$ 126.642,67	126.642,67
6212	906417	DNA N ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 198.426,76	198.426,76
6213	906418	DNA N ANTICUERPOS MANUAL	$ 120.967,64	120.967,64
6214	906419	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 127.040,92	127.040,92
6215	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 127.040,92	127.040,92
6216	906421	FACTOR ANTINUCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.436,08	112.436,08
6217	906422	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.253,18	124.253,18
6218	906423	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.253,18	124.253,18
6219	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.765,35	98.765,35
6220	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.967,64	120.967,64
6221	906428	ISOLEUCOAGLUTININAS +	$ 43.906,77	43.906,77

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6222	906429	JO1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.405,32	112.405,32
6223	906430	SSB [LA] ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180.505,63	180.505,63
6224	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 80.346,41	80.346,41
6225	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$ 80.346,41	80.346,41
6226	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 80.346,41	80.346,41
6227	906436	MUSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6228	906437	MUSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$ 79.848,60	79.848,60
6229	906438	MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6230	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 112.405,32	112.405,32
6231	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 112.405,32	112.405,32
6232	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 112.405,32	112.405,32
6233	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.177,96	73.177,96
6234	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCION AUTOMATIZADO	$ 73.177,96	73.177,96
6235	906446	PLAQUETAS ANTIGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS IG G IG M E IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.261,33	73.261,33
6236	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180.505,63	180.505,63
6237	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$ 180.505,63	180.505,63
6238	906449	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 180.428,73	180.428,73
6239	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180.505,63	180.505,63
6240	906454	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180.505,63	180.505,63
6241	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180.505,63	180.505,63
6242	906456	SM ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180.505,63	180.505,63
6243	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 100.657,03	100.657,03
6244	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 116.188,67	116.188,67
6245	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$ 116.188,67	116.188,67
6246	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 116.188,67	116.188,67

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6247	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 116.188,67	116.188,67
6248	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 116.188,67	116.188,67
6249	906501	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 953.005,99	953.005,99
6250	906502	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$ 3.831.338,96	3.831.338,96
6251	906504	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 455.395,88	455.395,88
6252	906506	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 455.395,88	455.395,88
6253	906509	ANTICUERPOS CITOTOXICOS ANTI HLA	$ 460.174,85	460.174,85
6254	906513	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCION	$ 455.395,88	455.395,88
6255	906517	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$ 455.395,88	455.395,88
6256	906519	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP	$ 3.831.338,96	3.831.338,96
6257	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE I	$ 460.174,85	460.174,85
6258	906601	ACIDO SIALICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.286,28	71.286,28
6259	906602	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 132.715,94	132.715,94
6260	906603	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 200.816,24	200.816,24
6261	906604	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 302.369,33	302.369,33
6262	906605	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 242.831,34	242.831,34
6263	906606	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 242.632,22	242.632,22
6264	906610	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 244.723,02	244.723,02
6265	906611	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 244.723,02	244.723,02
6266	906612	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 244.723,02	244.723,02
6267	906613	ANTIGENO POLIPEPTIDO DE TEJIDO O ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR AUTOMATIZADO	$ 111.011,46	111.011,46

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6268	906618	ANTIGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 244.723,02	244.723,02
6269	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 111.011,46	111.011,46
6270	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 229.589,62	229.589,62
6271	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 216.845,70	216.845,70
6272	906625	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.432,83	83.432,83
6273	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$ 239.944,05	239.944,05
6274	906703	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 144.065,99	144.065,99
6275	906705	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 144.088,66	144.088,66
6276	906707	LEUCOCITOS CD34 CELULAS PROGENITORAS POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 144.088,66	144.088,66
6277	906708	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 8.960,57	8.960,57
6278	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUIMICA	$ 144.088,66	144.088,66
6279	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.534,34	128.534,34
6280	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 200.816,24	200.816,24
6281	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA +	$ 200.816,24	200.816,24
6282	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 200.816,24	200.816,24
6283	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA +	$ 200.816,24	200.816,24
6284	906719	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6285	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 200.816,24	200.816,24
6286	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA +	$ 200.816,24	200.816,24
6287	906723	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE-B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6288	906724	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 200.816,24	200.816,24
6289	906725	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6290	906727	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24
6291	906729	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6292	906731	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6293	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24
6294	906735	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24
6295	906737	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B. LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6296	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 200.816,24	200.816,24
6297	906739	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6298	906741	LINFOCITOS CD79A POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24
6299	906743	LINFOCITOS CD79B POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24
6300	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACION CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.036,53	128.036,53
6301	906745	LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 127.989,59	127.989,59
6302	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24
6303	906749	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6304	906751	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUIMICA +	$ 200.816,24	200.816,24
6305	906753	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 200.816,24	200.816,24
6306	906754	LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES Ig D CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.535,15	128.535,15
6307	906757	LINFOCITOS ALFA BETA (CD4 CD8): TC Rab CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 200.815,43	200.815,43
6308	906758	LINFOCITOS B TOTALES MAS EXPRESION DEL RECEPTOR DEL COMPLEMENTO CR2: CD45 CD19 CD21 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.498,73	128.498,73
6309	906759	LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.534,34	128.534,34
6310	906763	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACION CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.036,53	128.036,53
6311	906764	LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.036,53	128.036,53
6312	906765	MARCADOR TCR ALFA BETA (TCRab) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 223.927,54	223.927,54
6313	906766	MONOCITOS CD14	$ 190.384,91	190.384,91

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6314	906771	EXPRESION DE CD40 EN LINFOCITOS B	$ 128.498,73	128.498,73
6315	906772	EXPRESION DE CD40L EN LINFOCITOS T	$ 128.026,01	128.026,01
6316	906773	EXPRESION DE HLA CLASE II EN LINFOCITOS T Y B A PARTIR DE LEUCOCITOS CD45+	$ 455.413,69	455.413,69
6317	906801	BETA 2 GLICOPROTEINA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.119,04	41.119,04
6318	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 54.360,77	54.360,77
6319	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 798.884,25	798.884,25
6320	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOACIDOS EN ORINA +	$ 37.335,69	37.335,69
6321	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 136.997,10	136.997,10
6322	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO [DETECCION DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 100.657,03	100.657,03
6323	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 76.563,06	76.563,06
6324	906813	FACTOR INTRINSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 32.158,48	32.158,48
6325	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 32.158,48	32.158,48
6326	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACION O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.636,33	82.636,33
6327	906824	INMUNOFIJACION SEMIAUTOMATIZADO	$ 155.913,85	155.913,85
6328	906826	INMUNOGLOBULINA A [IG A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6329	906827	INMUNOGLOBULINA A [IG A] AUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6330	906828	INMUNOGLOBULINA G [IG G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6331	906829	INMUNOGLOBULINA G [IG G] AUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6332	906831	INMUNOGLOBULINA M [IG M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 51.971,28	51.971,28
6333	906832	INMUNOGLOBULINA M [IG M] AUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6334	906834	INMUNOGLOBULINA E [IG E] ESPECIFICA (DOSIFICACION CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 119.474,22	119.474,22
6335	906835	INMUNOGLOBULINA E [IG E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 100.159,22	100.159,22
6336	906836	INMUNOGLOBULINA E [IG E] AUTOMATIZADO	$ 100.159,22	100.159,22
6337	906839	RECEPTORES DE INTERLEUQUINA 2 CD25 POR INMUNOHISTOQUIMICA §	$ 144.088,66	144.088,66
6338	906901	AGLUTININAS AL FRIO	$ 23.596,16	23.596,16
6339	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$ 23.596,16	23.596,16

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6340	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.162,86	31.162,86
6341	906904	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 120.469,83	120.469,83
6342	906905	COMPLEMENTO SERICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 161.091,07	161.091,07
6343	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	$ 161.091,07	161.091,07
6344	906907	COMPLEMENTO SERICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 161.091,07	161.091,07
6345	906908	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	$ 161.091,07	161.091,07
6346	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.119,04	41.119,04
6347	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 25.985,64	25.985,64
6348	906912	PREALBUMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.848,60	79.848,60
6349	906914	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 23.596,16	23.596,16
6350	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL	$ 24.990,02	24.990,02
6351	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES +	$ 17.522,88	17.522,88
6352	907002	COPROLOGICO +	$ 15.631,21	15.631,21
6353	907003	COPROLOGICO POR CONCENTRACION +	$ 23.596,16	23.596,16
6354	907004	COPROSCOPICO +	$ 61.429,66	61.429,66
6355	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	$ 35.941,83	35.941,83
6356	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDAN III] +	$ 33.552,34	33.552,34
6357	907007	OXIUROS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 18.916,75	18.916,75
6358	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] +	$ 11.848,67	11.848,67
6359	907009	SANGRE OCULTA [MATERIA FECAL] DETERMINACION DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECIFICA POR EIA +	$ 11.847,86	11.847,86
6360	907010	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$ 24.990,02	24.990,02
6361	907011	UROBILINOGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$ 24.990,02	24.990,02
6362	907015	ESTEATOCRITO ACIDO	$ 33.552,34	33.552,34
6363	907103	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 20.310,62	20.310,62
6364	907104	RECUENTO DE ADDIS +	$ 25.985,64	25.985,64
6365	907106	UROANALISIS	$ 24.990,02	24.990,02
6366	907107	UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	$ 24.990,02	24.990,02
6367	907108	GLOBULOS ROJOS MORFOLOGIA EN ORINA	$ 24.990,02	24.990,02
6368	907109	DENSIDAD URINARIA	$ 22.700,10	22.700,10
6369	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$ 85.523,63	85.523,63

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6370	907202	MOCO CERVICAL ANALISIS	$ 49.083,99	49.083,99
6371	907203	LIQUIDO PROSTATICO (EXAMEN MICROSCOPICO)	$ 55.754,63	55.754,63
6372	907204	PARASITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES	$ 16.527,27	16.527,27
6373	908301	ASPARTILCILASA ACTIVIDAD	$ 191.756,12	191.756,12
6374	908302	GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 95.878,06	95.878,06
6375	908303	GANGLIOSIDOS CUALITATIVOS	$ 129.430,40	129.430,40
6376	908304	FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	$ 175.726,66	175.726,66
6377	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 71.784,09	71.784,09
6378	908308	ACIDO OROTICO	$ 108.621,97	108.621,97
6379	908309	AMINOACIDOS CUALITATIVOS	$ 118.080,35	118.080,35
6380	908310	AMINOACIDOS POR CLORURO FERRICO	$ 27.379,51	27.379,51
6381	908311	AMINOACIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$ 28.773,37	28.773,37
6382	908312	AMINOACIDOS POR NITROPRUSIATO	$ 118.080,35	118.080,35
6383	908313	AMINOACIDOS POR NITROSONAFTOL	$ 28.773,37	28.773,37
6384	908315	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA	$ 478.992,04	478.992,04
6385	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 191.756,12	191.756,12
6386	908317	TIROSINASA TEST CON RAIZ DE CABELLO	$ 399.243,00	399.243,00
6387	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 132.715,94	132.715,94
6388	908319	FOSFORILASA ACTIVIDAD	$ 175.726,66	175.726,66
6389	908322	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD	$ 179.011,39	179.011,39
6390	908323	GLUCOGENO CURVA DE ESTIMULACION CON GLUCAGON (DETERMINACION DE GLUCOSA Y ACIDO LACTICO)	$ 478.992,04	478.992,04
6391	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 191.756,12	191.756,12
6392	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUALITATIVOS	$ 39.725,18	39.725,18
6393	908329	ACIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 798.884,25	798.884,25
6394	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 124.253,18	124.253,18
6395	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$ 191.756,12	191.756,12
6396	908337	RELACION LACTATO/PIRUVATO	$ 215.424,31	215.424,31
6397	908338	AMINOACIDOS CUANTITATIVOS	$ 266.427,50	266.427,50
6398	908340	CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS	$ 53.855,67	53.855,67
6399	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACARIDOS] CUANTITATIVOS	$ 265.033,63	265.033,63
6400	908343	ACIDOS ORGANICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$ 225.208,90	225.208,90

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6401	908348	ACIDO LACTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUEMICO	$ 68.464,55	68.464,55
6402	908351	PTERINAS CUANTITATIVAS	$ 1.330.843,20	1.330.843,20
6403	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	$ 95.878,06	95.878,06
6404	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCEMICOS	$ 652.428,78	652.428,78
6405	908413	ERBB2 [HER-2/NEU] (ONCOGEN) HIBRIDACION " IN SITU"	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
6406	908414	PRUEBA DE CROMATINA	$ 132.715,94	132.715,94
6407	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECIFICOS)	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
6408	908421	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECIFICOS)	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
6409	908422	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECIFICOS)	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
6410	908423	ESTUDIO MOLECULAR DE DELECIONES Y DUPLICACIONES (ESPECIFICAS)	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
6411	908424	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECIFICAS)	$ 2.795.298,39	2.795.298,39
6412	908433	BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACION COMPLETA	$ 2.795.314,58	2.795.314,58
6413	908434	BRCA1 Y BRCA2 MUTACION FAMILIAR CONOCIDA	$ 2.795.314,58	2.795.314,58
6414	908435	PCA3 PARA CANCER DE PROSTATA	$ 2.795.314,58	2.795.314,58
6415	908437	PRF1 SECUENCIACION DE EXONES 2 Y 3	$ 2.795.314,58	2.795.314,58
6416	908601	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA. MEDICION DE CADA UNA	$ 532.456,75	532.456,75
6417	908602	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS. MEDICION DE CADA UNA	$ 532.456,75	532.456,75
6418	908603	ENZIMAS GLICOLITICAS. MEDICION DE CADA UNA	$ 532.456,75	532.456,75
6419	908606	HIPOXANTINA GUANINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 119.474,22	119.474,22
6420	908608	GLUCOGENO ESTRUCTURA Y CUANTIFICACION	$ 479.034,94	479.034,94
6421	908878	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 2.795.278,15	2.795.278,15
6422	908880	BORDETELLA PARAPERTUSSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 2.795.278,15	2.795.278,15
6423	908881	HAEMOPHILUS INFLUENZAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 2.795.278,15	2.795.278,15
6424	908884	SARAMPION IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 2.795.278,15	2.795.278,15
6425	90DS03	DERECHOS DE SALA DE PARTO	$ 800.753,26	800.753,26
6426	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION POR MICROTECNICA	$ 29.271,18	29.271,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6427	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	$ 17.522,88	17.522,88
6428	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 63.819,14	63.819,14
6429	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION POR MICROTECNICA	$ 62.325,72	62.325,72
6430	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 29.271,18	29.271,18
6431	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	$ 29.271,18	29.271,18
6432	911012	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTIGENO	$ 42.045,86	42.045,86
6433	911013	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	$ 42.015,10	42.015,10
6434	911014	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTIGENO EN TUBO	$ 42.015,10	42.015,10
6435	911015	HEMOCLASIFICACION FACTOR RH [FACTOR D] POR MICROTECNICA	$ 37.335,69	37.335,69
6436	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	$ 50.079,61	50.079,61
6437	911017	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	$ 20.808,43	20.808,43
6438	911018	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] EN TUBO	$ 20.808,43	20.808,43
6439	911020	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] EN TUBO	$ 55.754,63	55.754,63
6440	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTECNICA	$ 63.819,14	63.819,14
6441	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$ 67.104,68	67.104,68
6442	911023	ESTUDIO DEL ANTIGENO RH D VARIANTE POR MICROTECNICA	$ 37.321,12	37.321,12
6443	911024	ESTUDIO DEL ANTIGENO RH D VARIANTE EN TUBO	$ 13.241,73	13.241,73
6444	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTECNICA	$ 13.241,73	13.241,73
6445	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	$ 13.241,73	13.241,73
6446	911034	DETECCION DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$ 39.725,18	39.725,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6447	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSION [PREDEPOSITO]	$ 612.305,35	612.305,35
6448	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTANDAR	$ 102.548,70	102.548,70
6449	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 102.548,70	102.548,70
6450	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 102.548,70	102.548,70
6451	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS ESTANDAR	$ 472.918,77	472.918,77
6452	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	$ 472.918,77	472.918,77
6453	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	$ 697.729,42	697.729,42
6454	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 102.548,70	102.548,70
6455	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 612.305,35	612.305,35
6456	911114	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA	$ 102.548,70	102.548,70
6457	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 102.548,70	102.548,70
6458	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLOBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 612.305,35	612.305,35
6459	911117	CONCENTRACION DE UNIDAD DE HEMOCOMPONENTES CELULARES	$ 472.918,77	472.918,77
6460	911118	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALICUOTA PEDIATRICA	$ 472.918,77	472.918,77
6461	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFERESIS	$ 1.895.358,86	1.895.358,86
6462	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFERESIS O LEUCOFERESIS	$ 102.548,70	102.548,70
6463	911203	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFERESIS O PLASMAFERESIS	$ 1.895.358,86	1.895.358,86
6464	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFERESIS O ERITROFERESIS	$ 1.895.358,86	1.895.358,86
6465	911301	CITAFERESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)	$ 1.895.358,86	1.895.358,86
6466	911302	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	$ 1.895.358,86	1.895.358,86
6467	912001	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 71.784,09	71.784,09

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6468	912002	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE GLOBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 126.642,67	126.642,67
6469	912003	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 71.784,09	71.784,09
6470	912004	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 126.642,67	126.642,67
6471	912005	TRANSFUSION DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 71.784,09	71.784,09
6472	912010	EXSANGUINO TRANSFUSION	$ 249.402,42	249.402,42
6473	912012	TRANSFUSION AUTOLOGA POR OBTENCION MECANICA INTRAOPERATORIA	$ 612.305,35	612.305,35
6474	920509	VIDA MEDIA DE GLOBULOS ROJOS	$ 490.839,90	490.839,90
6475	930101	EVALUACION DE INTEGRACION SENSORIAL	$ 36.340,07	36.340,07
6476	930102	PRUEBA COGNITIVA (CADA UNA)	$ 71.286,28	71.286,28
6477	930103	EVALUACION DEL COMPONENTE COGNITIVO	$ 38.729,56	38.729,56
6478	930106	EVALUACION FONOAUDIOLOGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE	$ 36.340,07	36.340,07
6479	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLOGICAS DEL HABLA	$ 36.340,07	36.340,07
6480	930201	EVALUACION ORTESICA SOD	$ 36.340,07	36.340,07
6481	930401	EVALUACION DE LA FUNCION OSTEOMUSCULAR	$ 36.340,07	36.340,07
6482	930402	EVALUACION DE FUNCION MUSCULAR ESTATICA, DINAMICA Y FLEXIBILIDAD	$ 36.340,07	36.340,07
6483	930801	ELECTROMIOGRAFIA CON ELECTRODO DE FIBRA UNICA	$ 157.307,72	157.307,72
6484	930802	ELECTROMIOGRAFIA CUANTITATIVA	$ 100.159,22	100.159,22
6485	930803	ANALISIS Y CUANTIFICACION DE UNIDADES MOTORAS	$ 82.637,14	82.637,14
6486	930804	ANALISIS CUANTITATIVO SENSITIVO	$ 157.307,72	157.307,72
6487	930805	ELECTROMIOGRAFIA DE SUPERFICIE	$ 100.159,22	100.159,22
6488	930806	ELECTROMIOGRAFIA DE PARAESPINALES	$ 100.159,22	100.159,22
6489	930810	ELECTROMIOGRAFIA LARINGEA O DE CUELLO	$ 426.622,51	426.622,51
6490	930820	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA	$ 100.657,03	100.657,03
6491	930821	ELECTRONEURONOGRAFIA [ENOG]	$ 91.650,32	91.650,32
6492	930860	ELECTROMIOGRAFIA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MAS MUSCULOS)	$ 100.159,22	100.159,22
6493	931001	TERAPIA FISICA INTEGRAL	$ 36.340,07	36.340,07
6494	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR	$ 95.878,06	95.878,06
6495	933701	ENTRENAMIENTO PRE. PERI Y POST PARTO SOD	$ 23.621,25	23.621,25
6496	934101	TRACCION ESPINAL CON EMPLEO DEL DISPOSITIVO CRANEAL	$ 2.053.761,76	2.053.761,76

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6497	934201	TRACCION CUTANEA PARA DESCOMPRESION DE CANAL RAQUIDEO SEGMENTO LUMBAR	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
6498	935101	APLICACION DE VENDAJE ENYESADO SOD	$ 88.809,17	88.809,17
6499	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 88.809,17	88.809,17
6500	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MANO	$ 88.809,17	88.809,17
6501	935303	APLICACION O CAMBIO DE YESO O ARNES TORACOLUMBOSACRO	$ 176.224,47	176.224,47
6502	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO. PIERNA O TOBILLO)	$ 88.809,17	88.809,17
6503	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE	$ 88.809,17	88.809,17
6504	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNES O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA)	$ 176.224,47	176.224,47
6505	935307	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACION DE PELVIS (CADERA) Y COCCIX	$ 176.224,47	176.224,47
6506	935401	APLICACION DE FERULA SOD	$ 88.809,17	88.809,17
6507	935601	APLICACION DE VENDAJE DE PRESION	$ 88.851,26	88.851,26
6508	935701	APLICACION DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA SOD	$ 83.146,28	83.146,28
6509	935901	APLICACION DE VENDAJE DE VELPEAU	$ 176.224,47	176.224,47
6510	#N/A	TRATAMIENTO MANIPULATIVO OSTEOPATICO PARA MOVILIZACION GENERAL (TRATAMIENTO GENERAL DE ARTICULACIONES) SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6511	936801	INMOVILIZACION O MANIPULACION ARTICULAR INESPECIFICA SOD +	$ 677.916,61	677.916,61
6512	937001	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INTEGRAL SOD §	$ 36.340,07	36.340,07
6513	937101	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO +	$ 36.340,07	36.340,07
6514	937201	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DEL HABLA	$ 36.340,07	36.340,07
6515	937202	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA VOZ	$ 36.340,07	36.340,07
6516	937203	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA DE LA DEGLUCION	$ 36.340,07	36.340,07
6517	937301	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS SOD	$ 36.340,07	36.340,07
6518	937401	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA PARA DESORDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS SOD	$ 36.340,07	36.340,07

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6519	938301	ENTRENAMIENTO FUNCIONAL EN AUTOCUIDADO (ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)	$ 36.340,07	36.340,07
6520	938302	TERAPIA OCUPACIONAL EN DESEMPEÑO OCUPACIONAL DE JUEGO, OCIO Y ESPARCIMIENTO	$ 36.340,07	36.340,07
6521	938303	TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	$ 36.340,07	36.340,07
6522	938610	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA LEVE	$ 86.452,87	86.452,87
6523	938611	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA MODERADA	$ 86.452,87	86.452,87
6524	938612	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD TRANSITORIA SEVERA	$ 86.452,87	86.452,87
6525	938660	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA LEVE	$ 36.340,07	36.340,07
6526	938661	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA MODERADA	$ 86.452,87	86.452,87
6527	938662	REHABILITACION FUNCIONAL DE LA DEFICIENCIA-DISCAPACIDAD DEFINITIVA SEVERA	$ 36.340,07	36.340,07
6528	939301	METODOS DE RESUCITACION NO MECANICOS (RESPIRACION ARTIFICIAL. BOCA A BOCA. MANUAL) SOD	$ 198.417,05	198.417,05
6529	939402	NEBULIZACION	$ 23.596,16	23.596,16
6530	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$ 36.340,07	36.340,07
6531	939801	OTRO CONTROL DE PRESION Y COMPOSICION ATMOSFERICA (TERAPIA CON HELIO Y AIRE ACONDICIONADO LIBRE DE ANTIGENOS) SOD	$ 684.101,59	684.101,59
6532	940101	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 71.286,28	71.286,28
6533	940201	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 50.975,67	50.975,67
6534	940301	EVALUACION EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 123.257,57	123.257,57
6535	940302	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA EN ALTERACIONES EMOCIONALES (AFECTIVAS) O DE CONDUCTA	$ 51.021,80	51.021,80
6536	940701	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA NEUROPSICOLOGICA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)	$ 41.119,04	41.119,04
6537	940901	DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL POR PSICOLOGIA	$ 51.021,80	51.021,80
6538	941101	DETERMINACION DEL ESTADO MENTAL POR PSIQUIATRIA	$ 51.021,80	51.021,80

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6539	941301	OTRA ENTREVISTA Y EVALUACION PSIQUIATRICAS	$ 76.968,59	76.968,59
6540	942601	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA CON ANESTESIA Y RELAJACIONES [TECAR] SOD	$ 49.083,99	49.083,99
6541	943101	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSIQUIATRIA	$ 76.961,31	76.961,31
6542	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGIA	$ 34.922,73	34.922,73
6543	944001	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSIQUIATRIA	$ 87.415,30	87.415,30
6544	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGIA	$ 46.296,26	46.296,26
6545	944101	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSIQUIATRIA	$ 102.050,89	102.050,89
6546	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGIA	$ 102.050,89	102.050,89
6547	944201	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSIQUIATRIA +	$ 87.415,30	87.415,30
6548	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGIA+	$ 45.400,20	45.400,20
6549	944301	TERAPIA DE REHABILITACION COGNITIVA	$ 36.376,50	36.376,50
6550	944902	INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA. POR PSIQUIATRIA	$ 87.433,92	87.433,92
6551	944904	INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA POR PSICOLOGIA	$ 45.352,44	45.352,44
6552	944906	INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA. POR TERAPIA OCUPACIONAL +	$ 36.340,07	36.340,07
6553	944915	INTERVENCION EN SALUD MENTAL COMUNITARIA. POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO §	$ 164.874,42	164.874,42
6554	950501	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL Y PERIFERICO CONVENCIONAL	$ 124.253,18	124.253,18
6555	950505	ESTUDIO DE CAMPO VISUAL CENTRAL O PERIFERICO COMPUTARIZADO	$ 299.979,84	299.979,84
6556	950601	MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	$ 79.848,60	79.848,60
6557	950602	INTERFEROMETRIA	$ 171.445,50	171.445,50
6558	951102	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	$ 116.686,48	116.686,48
6559	951103	FOTOGRAFIA A COLOR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	$ 116.686,48	116.686,48
6560	951202	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO	$ 431.301,92	431.301,92
6561	951203	ANGIOGRAFIA OCULAR DE SEGMENTO POSTERIOR DEL OJO	$ 431.301,92	431.301,92
6562	951302	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	$ 319.394,40	319.394,40
6563	951303	ECOGRAFIA DE ORBITA MODO A Y B	$ 259.358,61	259.358,61
6564	951304	ULTRABIOMICROSCOPIA OCULAR	$ 319.319,93	319.319,93
6565	951321	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS OCULARES	$ 596.674,14	596.674,14
6566	951401	ESTUDIO RADIOLOGICO DE OJO	$ 141.290,40	141.290,40
6567	951501	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL SIMPLE	$ 215.451,83	215.451,83

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6568	951502	TOPOGRAFIA COMPUTADA CORNEAL POR ELEVACION	$ 215.451,83	215.451,83
6569	951503	ABERROMETRIA OCULAR	$ 215.451,83	215.451,83
6570	951801	OCULOPLETISMOGRAFIA	$ 268.816,98	268.816,98
6571	951901	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO ANTERIOR	$ 674.617,31	674.617,31
6572	951902	TOMOGRAFIA OPTICA DE SEGMENTO POSTERIOR	$ 674.631,07	674.631,07
6573	951903	ANGIOTOMOGRAFIA OPTICA COHERENTE	$ 3.248.802,60	3.248.802,60
6574	952001	BIOMETRIA OCULAR	$ 164.874,42	164.874,42
6575	952101	ELECTRORRETINOGRAMA MONOFOCAL	$ 827.159,82	827.159,82
6576	952102	ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL	$ 827.159,82	827.159,82
6577	952201	ELECTROOCULOGRAMA	$ 827.159,82	827.159,82
6578	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	$ 272.102,53	272.102,53
6579	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES	$ 272.102,53	272.102,53
6580	952501	PAQUIMETRIA	$ 164.874,42	164.874,42
6581	952601	TONOGRAFIA OCULAR CON PRUEBAS PROVOCATIVAS	$ 910.393,52	910.393,52
6582	952602	CURVA DE PRESION INTRAOCULAR (DIURNA O 24 HORAS)	$ 910.393,52	910.393,52
6583	952603	PRUEBA DE SOBRECARGA HIDRICA	$ 910.393,52	910.393,52
6584	952604	PRUEBA DE PROVOCACION CON SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 910.393,52	910.393,52
6585	952901	PRUEBA DE PROVOCACION CONJUNTIVAL CON ALERGENOS ESPECIFICOS	$ 910.354,67	910.354,67
6586	953801	BETATERAPIA SOD	$ 53.365,15	53.365,15
6587	954101	REACTOMETRIA +	$ 272.114,67	272.114,67
6588	954102	AUDIOMETRIA POR OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO	$ 57.148,50	57.148,50
6589	954103	AUDIOMETRIA POR REFUERZO VISUAL	$ 63.819,14	63.819,14
6590	954104	AUDIOMETRIA POR JUEGO CONDICIONADO	$ 63.777,05	63.777,05
6591	954105	LOGOAUDIOMETRIA POR SEÑALAMIENTO DE LAMINAS Y REPETICION DE PALABRAS +	$ 57.126,64	57.126,64
6592	954106	MEDIDAS DE COMUNICACION FUNCIONAL §	$ 63.777,05	63.777,05
6593	954107	AUDIOMETRIA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRIA TONAL]	$ 57.148,50	57.148,50
6594	954301	LOGOAUDIOMETRIA +	$ 57.148,50	57.148,50
6595	954302	INMITANCIA ACUSTICA (IMPEDANCIOMETRIA)	$ 60.035,79	60.035,79
6596	954304	INMITANCIA ACÚSTICA MULTIFRECUENCIA	$ 60.035,79	60.035,79
6597	954305	ACUFENOMETRIA [TINNITUGRAMA]	$ 39.725,18	39.725,18

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6598	954306	EVALUACION ELECTROACÚSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO	$ 60.035,79	60.035,79
6599	954307	LOGOAUDIOMETRIA SENSIBILIZADA	$ 57.148,50	57.148,50
6600	954310	PRUEBAS DE CONTEXTO CERRADO Y CONTEXTO ABIERTO (DISCRIMINACION)§	$ 49.168,17	49.168,17
6601	954311	PRUEBAS DE DESÒRDENES DEL PROCESAMIENTO AUDITIVO CENTRAL	$ 287.268,30	287.268,30
6602	954312	PRUEBAS DE SIMULACION Y DISIMULACION §	$ 36.412,92	36.412,92
6603	954313	PRUEBAS DE RECLUTAMIENTO §	$ 49.083,99	49.083,99
6604	954314	PRUEBAS DE FATIGA ACUSTICA §	$ 36.340,07	36.340,07
6605	954401	PRUEBAS CLINICAS DE LA FUNCION VESTIBULAR	$ 100.159,22	100.159,22
6606	954402	ELECTRONISTAGMOGRAFÍA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFÍA	$ 711.966,76	711.966,76
6607	954403	EVALUACION DEL REFLEJO VESTIBULO OCULO MOTOR ASISTIDO	$ 100.159,22	100.159,22
6608	954404	POSTUROGRAFIA ESTATICA	$ 635.915,27	635.915,27
6609	954405	POSTUROGRAFIA DINAMICA	$ 635.915,27	635.915,27
6610	954601	EMISIONES OTOACUSTICAS +	$ 272.114,67	272.114,67
6611	954602	ELECTROCOCLEOGRAFIA [ECOG]	$ 480.485,47	480.485,47
6612	954603	METODO DE DESPLAZAMIENTO [PROETZ]	$ 23.596,16	23.596,16
6613	954610	LIBERACION Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR (TERAPIA DE REHABILITACION VESTIBULAR PERIFERICA)	$ 100.189,98	100.189,98
6614	954620	PRUEBA DE PROMONTORIO +	$ 480.452,28	480.452,28
6615	954624	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES OCULARES	$ 272.114,67	272.114,67
6616	954625	POTENCIALES EVOCADOS MIOGENICOS VESTIBULARES CERVICALES	$ 272.114,67	272.114,67
6617	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICION DE INTEGRIDAD	$ 272.102,53	272.102,53
6618	954627	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA ANALISIS DE HABITUACION Y SINCRONIA NEURAL	$ 272.102,53	272.102,53
6619	954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VIA OSEA	$ 287.235,93	287.235,93
6620	954629	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCION INTENSIDAD-LATENCIA	$ 272.102,53	272.102,53
6621	954630	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDIA	$ 272.102,53	272.102,53
6622	954631	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS CON IMPLANTE COCLEAR U OTRAS PROTESIS AUDITIVAS	$ 272.102,53	272.102,53

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6623	954632	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA AUTOMATIZADOS MEDICION DE MADURACION	$ 272.114,67	272.114,67
6624	954803	EVALUACION DE LA GANANCIA FUNCIONAL CON DISPOSITIVO AUDITIVO	$ 136.997,10	136.997,10
6625	954903	REVISION Y AJUSTE O SUSTITUCION DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO IMPLANTABLE	$ 137.038,38	137.038,38
6626	954904	REVISION Y AJUSTE DE COMPONENTES EXTERNOS DE DISPOSITIVO AUDITIVO NO IMPLANTABLE	$ 137.038,38	137.038,38
6627	960101	INSERCION DE VIA AEREA NASOFARINGEA SOD	$ 198.426,76	198.426,76
6628	960201	INSERCION DE VIA AEREA OROFARINGEA SOD	$ 198.426,76	198.426,76
6629	960301	INSERCIÓN DE VIA AEREA OBTURADA ESOFÁGICA SOD	$ 198.426,76	198.426,76
6630	960401	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TECNICA RETROGRADA	$ 198.426,76	198.426,76
6631	960402	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ	$ 198.426,76	198.426,76
6632	960403	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO	$ 198.426,76	198.426,76
6633	960404	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON SONDA LUMINOSA	$ 198.426,76	198.426,76
6634	960405	INSERCION DE CANULA JET TRANSTRAQUEAL	$ 198.426,76	198.426,76
6635	960406	INSERCION DE TUBO ENDOTRAQUEAL BAJO VISION ENDOSCOPICA	$ 198.417,05	198.417,05
6636	960503	INSERCION DE DISPOSITIVO SUPRAGLOTICO	$ 198.417,05	198.417,05
6637	960601	INSERCION DE TUBO O SONDA (TAPONAMIENTO ESOFAGICO) SOD	$ 198.417,05	198.417,05
6638	960701	INSERCION DE OTRO TUBO O SONDA NASO-GASTRICA (INTUBACION PARA DECOMPRESION) SOD	$ 198.426,76	198.426,76
6639	960801	INSERCION ENDOSCOPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	$ 198.294,82	198.294,82
6640	960901	INSERCION O SUSTITUCION DE TUBO O SONDA RECTAL SOD	$ 239.953,76	239.953,76
6641	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL SOD	$ 116.686,48	116.686,48
6642	961601	INSERCION DE DISPOSITIVO EN URETRA	$ 49.083,99	49.083,99
6643	962101	DILATACION DEL RECTO SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6644	962201	DILATACION DEL ESFINTER ANAL SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6645	962301	DILATACION INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA SOD	$ 83.134,14	83.134,14
6646	962401	DILATACION Y MANIPULACION DE ESTOMA DE ENTEROSTOMIA SOD §	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6647	962601	REDUCCIÓN MANUAL DE PROLAPSO RECTAL SOD	$ 2.257.263,74	2.257.263,74

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6648	963101	LAVADO GASTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACION GASTRICA SOD	$ 48.187,93	48.187,93
6649	963301	LAVADO GASTRICO DE LIMPIEZA SOD	$ 48.187,93	48.187,93
6650	963801	EXTRACCION DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS SOD	$ 48.187,93	48.187,93
6651	963901	IRRIGACION O ENEMA TRANSANAL SOD	$ 48.187,12	48.187,12
6652	964101	IRRIGACION. LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACION LOCAL DE COLECISTOSMIA Y OTRO TUBO BILIAR SOD §	$ 239.944,05	239.944,05
6653	964901	INSTILACION GENITOURINARIA SOD +	$ 94.484,19	94.484,19
6654	965101	IRRIGACION Y LAVADO DEL OJO SOD	$ 102.895,95	102.895,95
6655	965201	LAVADO E IRRIGACION DE OIDOS	$ 39.725,18	39.725,18
6656	965202	CURACION DE OIDO	$ 39.725,18	39.725,18
6657	965203	CURACION DE OIDO VIA ENDOSCOPICA	$ 63.777,05	63.777,05
6658	965301	IRRIGACION O CURACION DE CONDUCTOS NASALES	$ 39.725,18	39.725,18
6659	965501	LIMPIEZA Y CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMIA SOD	$ 33.552,34	33.552,34
6660	965901	LAVADO. IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA GENERAL	$ 83.134,14	83.134,14
6661	965902	LAVADO. IRRIGACION Y CUIDADOS DE HERIDA EN AREA ESPECIAL	$ 83.134,14	83.134,14
6662	966101	INFUSION DE ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA +	$ 39.683,09	39.683,09
6663	967001	INSEMINACION ARTIFICIAL	$ 649.542,29	649.542,29
6664	967005	FERTILIZACION IN VITRO	$ 649.542,29	649.542,29
6665	970101	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) NASOGASTRICO O DE ESOFAGOSTOMIA SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6666	970201	SUSTITUCION DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMIA SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6667	970301	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMIA DEL INTESTINO DELGADO SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6668	970401	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMIA DEL INTESTINO GRUESO SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6669	970501	SUSTITUCION DE TUBO O DISPOSITIVO EN VIAS BILIARES O CONDUCTO PANCREATICO SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6670	971101	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO SUPERIOR SOD	$ 88.809,17	88.809,17
6671	971201	SUSTITUCION DE ESCAYOLA O FERULA EN MIEMBRO INFERIOR SOD	$ 132.317,69	132.317,69
6672	971401	SUSTITUCION DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACION MUSCULOESQUELETICA SOD	$ 176.224,47	176.224,47
6673	971501	SUSTITUCION DE CATETER DE HERIDA SOD	$ 239.944,05	239.944,05

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6674	971601	SUSTITUCION DE TAPON O DRENAJE DE HERIDA SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6675	972101	SUSTITUCION DE TAPON NASAL SOD	$ 128.036,53	128.036,53
6676	972301	SUSTITUCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6677	972401	SUSTITUCION DE DIAFRAGMA VAGINAL SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6678	972601	SUSTITUCION DE OTRO TAPON (MECHA) O DRENAJE VAGINAL O VULVAR SOD	$ 116.686,48	116.686,48
6679	973201	EXTRACCION DE TAPON NASAL SOD	$ 95.937,96	95.937,96
6680	973701	EXTRACCION DE TUBO DE TRAQUEOSTOMIA SOD	$ 239.953,76	239.953,76
6681	973801	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS) SOD	$ 33.552,34	33.552,34
6682	974101	EXTRACCION DE TUBO DE TORACOTOMIA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6683	975101	EXTRACCION DE TUBO DE GASTROSTOMIA SOD	$ 239.953,76	239.953,76
6684	975201	EXTRACCION DE TUBO DE INTESTINO DELGADO SOD	$ 239.953,76	239.953,76
6685	975301	EXTRACCION DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APENDICE SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6686	975401	EXTRACCION DE TUBO DE COLECISTOSTOMIA SOD	$ 239.953,76	239.953,76
6687	975501	EXTRACCION DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VIA BILIAR O TUBO HEPATICO SOD	$ 239.944,05	239.944,05
6688	975601	EXTRACCION DE TUBO O DREN PANCREATICO SOD	$ 239.953,76	239.953,76
6689	975901	EXTRACCION DE OTRO DISPOSITIVO TERAPEUTICO DEL APARATO DIGESTIVO SOD	$ 239.953,76	239.953,76
6690	976101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
6691	976102	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE NEFROSTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
6692	976201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
6693	976202	EXTRACCION DE CATETER URETERAL VIA ABIERTA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
6694	976203	EXTRACCION DE CATETER URETERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
6695	976301	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMIA	$ 3.439.805,93	3.439.805,93
6696	976501	EXTRACCION DE DISPOSITIVO URETRAL	$ 49.083,99	49.083,99
6697	977101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU) SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6698	977201	EXTRACCIÓN DE TAPON INTRAUTERINO SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6699	977301	EXTRACCION DE DIAFRAGMA VAGINAL SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6700	977501	EXTRACCION DE TAPON (MECHA) VAGINAL O VULVAR SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6701	978101	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6702	978201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL SOD	$ 2.578.054,44	2.578.054,44
6703	978301	EXTRACCION DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6704	978801	EXTRACCION NO QUIRURGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACION EXTERNO	$ 677.916,61	677.916,61
6705	981101	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SOD	$ 95.878,06	95.878,06
6706	981201	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA TRANSNASAL	$ 95.878,06	95.878,06
6707	981202	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISION VIA ENDOSCOPICA	$ 95.878,06	95.878,06
6708	981301	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6709	981400	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARINGE SOD	$ 911.289,58	911.289,58
6710	981501	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRAQUEA Y BRONQUIO SOD	$ 3.950.347,74	3.950.347,74
6711	981601	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL UTERO SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6712	981701	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6713	981801	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL EN ESTOMA ARTIFICIAL SOD	$ 2.577.892,55	2.577.892,55
6714	981901	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
6715	981905	EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE URETRA	$ 3.439.662,66	3.439.662,66
6716	982001	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL	$ 103.023,85	103.023,85
6717	982101	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	$ 102.946,95	102.946,95
6718	982102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CORNEA O ESCLEROTICA	$ 102.946,95	102.946,95
6719	982201	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA SOD	$ 677.887,47	677.887,47
6720	982401	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO SOD	$ 1.153.224,86	1.153.224,86

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6721	982501	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN OTRO SITIO SALVO EN VULVA. PENE O ESCROTO SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6722	982601	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO SOD	$ 2.053.722,91	2.053.722,91
6723	982701	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6724	982801	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6725	982901	EXTRACCION SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE SOD	$ 677.916,61	677.916,61
6726	985201	LITOTRIPCIA EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE EN VESICULA O CONDUCTO BILIAR SOD §	$ 778.549,35	778.549,35
6727	990101	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR MEDICINA GENERAL	$ 17.479,17	17.479,17
6728	990103	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR ODONTOLOGIA	$ 26.491,55	26.491,55
6729	990104	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR ENFERMERIA	$ 17.522,88	17.522,88
6730	990105	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 17.522,88	17.522,88
6731	990106	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR PSICOLOGIA	$ 17.443,56	17.443,56
6732	990108	EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR FISIOTERAPIA	$ 17.522,88	17.522,88
6733	990109	EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR TERAPIA OCUPACIONAL	$ 17.479,17	17.479,17
6734	990110	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA +	$ 17.522,88	17.522,88
6735	990111	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR AGENTE EDUCATIVO	$ 17.522,88	17.522,88
6736	990112	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR HIGIENE ORAL	$ 26.483,45	26.483,45
6737	990113	EDUCACION GRUPAL EN SALUD. POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	$ 17.443,56	17.443,56
6738	990201	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICINA GENERAL	$ 17.522,88	17.522,88
6739	990202	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD. POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 17.522,88	17.522,88
6740	990203	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR ODONTOLOGIA	$ 26.483,45	26.483,45
6741	990204	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD. POR ENFERMERIA	$ 17.522,88	17.522,88
6742	990205	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR NUTRICION Y DIETETICA	$ 17.522,88	17.522,88
6743	990206	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR PSICOLOGIA	$ 17.522,88	17.522,88

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6744	990208	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR FISIOTERAPIA	$ 17.522,88	17.522,88
6745	990209	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TERAPIA OCUPACIONAL	$ 17.522,88	17.522,88
6746	990210	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	$ 17.522,88	17.522,88
6747	990211	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD. POR AGENTE EDUCATIVO	$ 17.522,88	17.522,88
6748	990212	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD. POR HIGIENE ORAL	$ 26.483,45	26.483,45
6749	990213	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	$ 17.522,88	17.522,88
6750	990221	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION INFANTIL Y ADOLESCENTE	$ 17.443,56	17.443,56
6751	990222	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE HOMBRES Y MUJERES EN EDAD FERTIL	$ 17.443,56	17.443,56
6752	990223	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE MUJERES GESTANTES Y LACTANTES	$ 17.443,56	17.443,56
6753	990224	EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD, POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNICACION EN POBLACION DE ADULTO MAYOR	$ 17.443,56	17.443,56
6754	991101	INYECCION DE GLOBULINA INMUNE RH SOD	$ 3.306,59	3.306,59
6755	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGENICO POR VIA SUBCUTANEA.	$ 624.551,46	624.551,46
6756	991203	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGENICO POR VIA SUBLINGUAL.	$ 624.551,46	624.551,46
6757	991205	INDUCCION DE TOLERANCIA ORAL A ALIMENTO	$ 624.551,46	624.551,46
6758	992301	INYECCION O INFILTRACION DE ESTEROIDE SOD	$ 39.725,18	39.725,18
6759	995201	OTRA VACUNACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES	$ 9.744,11	9.744,11
6760	996101	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO ELECTIVA	$ 185.682,84	185.682,84
6761	996102	CARDIOVERSION ELECTRICA A TORAX CERRADO	$ 574.969,66	574.969,66
6762	996901	OTRA CONVERSION DE RITMO CARDIACO O RESUCITACION CARDIOPULMONAR	$ 574.969,66	574.969,66
6763	997002	CONTROL DE PLACA DENTAL	$ 26.483,45	26.483,45
6764	997103	TOPICACION DE FLUOR EN GEL	$ 38.729,56	38.729,56
6765	997104	TOPICACION DE FLUOR EN SOLUCION	$ 38.729,56	38.729,56

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6766	997105	APLICACION DE RESINA PREVENTIVA	$ 20.310,62	20.310,62
6767	997106	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ	$ 38.729,56	38.729,56
6768	997107	APLICACION DE SELLANTES	$ 13.241,73	13.241,73
6769	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	$ 157.149,07	157.149,07
6770	998201	MONITOREO DE LA PROFUNDIDAD ANESTESICA	$ 334.926,05	334.926,05
6771	998202	MONITOREO DEL ESTADO DE LA RELAJACION MUSCULAR (UNION MIONEURAL)	$ 334.909,86	334.909,86
6772	998203	MONITOREO DE LA PERFUSION TISULAR	$ 334.926,05	334.926,05
6773	998701	SOPORTE ANESTESICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	$ 193.249,54	193.249,54
6774	998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	$ 193.249,54	193.249,54
6775	P20119166-01	OXIGENO MEDICINAL (OXS) GAS PARA INHALACION AL 99% M3	$ 28,00	28,00
6776	898803	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE INMUNOMARCACION CITOMETRICA DE FLUJO (ESPECIFICO)	$ 869.981,12	869.981,12
6777	950610	RECUENTO DE CÉLULAS ENDOTELIALES	$ 215.451,83	215.451,83
6778	380111	TROMBOLISIS DE VASOS INTRACRANEALES VIA ENDOVENOSA	$ 3.950.315,36	3.950.315,36
6779	898017	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA POR TINCIÓN DE HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$ 55.754,63	55.754,63
6780	399201	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA (ESCLEROTERAPIA)	$ 670.847,72	670.847,72
6781	121101	IRIDOTOMÍA MANUAL	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
6782	121102	IRIDOTOMÍA ASISTIDA	$ 2.053.761,76	2.053.761,76
6783	602005	ADENOMECTOMÍA POR ABLACIÓN DE PRÓSTATA	$ 4.216.344,62	4.216.344,62
6784	898302	AUTOPSIA NECROPSIA PARCIAL VISCEROTOMIA	$ 1.015.729,95	1.015.729,95
6785	891908	MONITORIZACION INTRAOPERATORIA DEL SISTEMA NERVIOSO PEROFERICO	$ 6.834.522,48	6.834.522,48
6786	867501	REVISION DE INJERTO O COLGAJO SOD	$ 2.557.493,57	2.557.493,57
6787	935001	INMOVILIZACION PRESION Y CUIDADO DE HERIDA SOD	$ 103.526,64	103.526,64
6788	12301	REAPERTURA DE CRANEOTOMIA SOD	$ 2.810.962,22	2.810.962,22
6789	70002	EXPLORACION DE AREA SUPRARENAL LAPAROSCOPICA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6790	348203	SUTURA DE LACERACION DIAFRAGMATICA VIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6791	388802	LIGADURA O ESCISION DE VENAS VARICOSAS PELVICAS POR LAPAROSCOPIA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6792	394101	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUES DE CIRUGIA VASCULAR SOD	$ 4.283.399,23	4.283.399,23
6793	446102	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTOMAGO [GASTRORRAFIA] VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6794	446202	CIERRE DE GASTROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6795	446302	CIERRE DE OTRA FISTULA GASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6796	450602	DRENAJE DE COLECCION DE DIVERTICULO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6797	453002	RESECCION O ABLACION DE LESION DE DUODENO VIA ENDOSCOPICA	$ 4.392.360,00	4.392.360,00
6798	453305	RESECCION LOCAL DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6799	453307	RESECCION INTESTINAL DE DIVERTICULOS VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6800	454102	RESECCION DE LESION O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6801	456002	RESECCION SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6802	456102	RESECCION SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6803	456204	DUODENECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6804	456205	YEYUNECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6805	456206	ILECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6806	456302	RESECCION TOTAL DE INTESTINO DELGADO VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6807	457302	HEMICOLECTOMIA DERECHA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6808	457502	HEMICOLECTOMIA IZQUIERDA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6809	457602	SIGMOIDECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6810	458102	COLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA Y PROCTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.187.510,00	5.187.510,00
6811	531502	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6812	531702	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6813	534302	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6814	535002	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6815	535102	REPARACION DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACION) VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6816	535205	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.283.390,00	2.283.390,00
6817	535302	HERNIORRAFIA EPIGASTRICA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.767.420,00	1.767.420,00
6818	536002	HERNIORRAFIA LUMBAR VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6819	536302	HERNIORRAFIA PERINEAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6820	536303	HERNIORRAFIA PERINEAL ABORDAJE PERINEAL	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6821	536502	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6822	536702	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6823	537003	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6824	537303	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA ENCARCELADA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6825	537306	REPARACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA REPRODUCIDA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6826	540006	DRENAJE DE COLECCION EXTRAPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6827	540009	DRENAJE DE COLECCION RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6828	540012	DRENAJE DE COLECCION DE LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.013.130,00	1.013.130,00
6829	540102	LIBERACION DE PLASTRON EN ABDOMEN VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6830	541505	RESECCION DE TUMOR RETROPERITONEAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6831	542002	EXPLORACION INGUINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.436.106,67	1.436.106,67
6832	542203	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6833	542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6834	543102	RESECCION DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.013.130,00	1.013.130,00
6835	543202	RESECCION DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 1.013.130,00	1.013.130,00
6836	550120	MARSUPIALIZACION DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6837	550204	RETIRO DE NEFROSTOMIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6838	553107	DIVERTICULECTOMIA U OBLITERACION DE DIVERTICULO DE CALIZ VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6839	555103	NEFROURETERECTOMIA CON SEGMENTO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6840	557021	NEFROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6841	558302	CIERRE DE FISTULA NEFROVISCERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6842	563321	BIOPSIADE URETER VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6843	564121	ABLACION DE LESION URETERAL VIA ENDOSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6844	566202	REVISION DE ESTOMA DE URETEROSTOMIA CUTANEA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6845	567502	TRANSURETERO-URETEROSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6846	568202	SUTURA DE LACERACION DE URETER O URETERORRAFIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6847	568402	CIERRE DE FISTULA URETERO-ENTERICA O URETEROVISCERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6848	568702	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URETER POR LAPAROSCOPIA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6849	568902	INJERTO DE URETER VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6850	568907	REEMPLAZO DE URETER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6851	569102	LIGADURA DE URETER VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6852	570502	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6853	571104	CISTOTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6854	571201	CISTOSTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6855	573303	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6856	573304	BIOPSIA MULTIPLE DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6857	575204	ENDOMETRECTOMIA DE VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6858	575205	RESECCION O FULGURACION SUPRAPUBICA DE LESION VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6859	575206	RESECCION DE DIVERTICULO VESICAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6860	576011	CISTECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.392.360,00	4.392.360,00
6861	577304	CISTECTOMIA TOTAL CON URETRECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6862	577306	EXENTERACION PELVICA MASCULINA (CON RECTO) VIA LAPAROSCOPICA	$ 5.187.510,00	5.187.510,00
6863	578111	SUTURA DE VEJIGA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6864	578304	FISTULECTOMIA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6865	578306	FISTULECTOMIA VESICO-SIGMOIDO-VAGINAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6866	578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6867	590111	EXPLORACION RETROPERITONEAL (LUMBOTOMIA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6868	592003	NEFROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑON VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6869	592102	URETEROLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN URETER VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.283.399,23	4.283.399,23
6870	592203	CISTOLITOTOMIA O EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6871	605111	PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 5.187.510,00	5.187.510,00
6872	623011	ORQUIECTOMIA DE UN TESTICULO INTRAABDOMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6873	623012	ORQUIECTOMIA DE TESTICULO INTRAABDOMINAL BIILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6874	625206	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VIA LAPAROSCOPICA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6875	631202	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMATICA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6876	652202	RESECCION PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6877	652305	CITORREDUCCION DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6878	652701	FULGURACION EN OVARIO POR LAPAROTOMIA +	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6879	657804	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6880	659302	ESCISION DE EMBARAZO ECTOPICO OVARICO SIN OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6881	659510	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROTOMIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6882	659520	LIBERACION DE TORSION DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6883	662101	ABLACION U OCLUSION DE TROMPA DE FALOPIO UNICA POR LAPAROTOMIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6884	664002	SALPINGECTOMIA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6885	665002	SALPINGECTOMIA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6886	666102	RESECCION DE LESION EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6887	666111	ESCISION DE LESION CON SALPINGECTOMIA PARCIAL, POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6888	667102	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6889	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMIA POR LAPAROTOMIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6890	667402	SALPINGOHISTEROTOMIA (SALPINGO-UTEROSTOMIA) POR LAPAROSCOPIA	$ 4.135.500,00	4.135.500,00
6891	683111	HISTERECTOMIA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA	$ 4.392.360,00	4.392.360,00
6892	684104	HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6893	686011	HISTERECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 5.187.510,00	5.187.510,00
6894	686110	HISTERECTOMIA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6895	692202	HISTEROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6896	694202	CIERRE DE FISTULA DE UTERO (ISTMOCELE) POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6897	694902	HISTEROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6898	890610	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRIA Y FONOAUDIOLOGIA	$ 44.900,00	44.900,00
6899	993102	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	$ 12.130,00	12.130,00
6900	993104	VACUNACION CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO B +	$ 12.130,00	12.130,00
6901	993105	ADMINISTRACION DE TOXOIDE DIFTERICO	$ 12.130,00	12.130,00
6902	993120	VACUNACION COMBINADA CONTRA TETANOS Y DIFTERIA [TD]	$ 12.130,00	12.130,00
6903	993122	VACUNACION COMBINADA CONTRA DIFTERIA,TETANOS Y TOS FERINA [DPT]	$ 12.130,00	12.130,00
6904	993501	VACUNACION CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	$ 12.130,00	12.130,00
6905	993503	VACUNACION CONTRA HEPATITIS B	$ 12.130,00	12.130,00
6906	993504	VACUNACION CONTRA FIEBRE AMARILLA	$ 12.130,00	12.130,00
6907	993505	VACUNACION CONTRA RABIA	$ 12.130,00	12.130,00
6908	993522	VACUNACION COMBINADA CONTRA SARAMPION, PAROTIDITIS Y RUBEOLA [SRP] (TRIPLE VIRAL)	$ 12.130,00	12.130,00
6909	995202	ADMINISTRACION VACUNA SARS COV 2 [COVID-19]	$ 12.130,00	12.130,00
6910	399502	HEMOPERFUSIÓN	$ 1.473.930,00	1.473.930,00
6911	399503	HEMOFILTRACION INTERMITENTE	$ 1.473.930,00	1.473.930,00
6912	399504	HEMODIAFILTRACION INTERMITENTE	$ 1.473.930,00	1.473.930,00
6913	399505	HEMODIAFILTRACION DE ALTO VOLUMEN INTERMITENTE	$ 1.473.930,00	1.473.930,00
6914	399801	HEMOFILTRACIÓN ARTERIOVENOSA CONTINUA (CAVH)	$ 1.473.930,00	1.473.930,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6915	399803	HEMODIAFILTRACIÓN ARTERIOVENOSA	$ 1.473.930,00	1.473.930,00
6916	414102	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ESPLÉNICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6917	438402	GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] POR LAPAROSCOPIA	$ 5.994.180,00	5.994.180,00
6918	446402	GASTROPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6919	449305	REVISIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA	$ 5.994.180,00	5.994.180,00
6920	449403	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6921	455102	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6922	455202	AISLAMIENTO DE SEGMENTO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.824.460,00	3.824.460,00
6923	457402	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.688.010,00	4.688.010,00
6924	487608	PROCTOSIGMOIDOPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6925	519302	CIERRE DE FÍSTULA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.866.410,00	2.866.410,00
6926	531602	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.509.740,00	2.509.740,00
6927	534002	HERNIORRAFIA UMBILICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.283.390,00	2.283.390,00
6928	534102	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.283.390,00	2.283.390,00
6929	577308	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, PRÓSTATA, VESÍCULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMÍA] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.439.445,67	4.439.445,67
6930	601T01	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE PRIMARIO	$ 17.031,17	17.031,17
6931	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	$ 17.031,17	17.031,17
6932	602004	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 4.159.339,91	4.159.339,91
6933	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	$ 23.895,65	23.895,65
6934	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	$ 23.895,65	23.895,65
6935	881412	ECOGRAFIA DE MAPEO PELVICO	$ 168.570,00	168.570,00
6936	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	$ 409.000,00	409.000,00
6937	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 257.000,00	257.000,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6938	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$ 257.000,00	257.000,00
6939	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA	$ 257.000,00	257.000,00
6940	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 257.000,00	257.000,00
6941	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA PEDIATRICA	$ 257.000,00	257.000,00
6942	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 257.000,00	257.000,00
6943	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 257.000,00	257.000,00
6944	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 257.000,00	257.000,00
6945	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 257.000,00	257.000,00
6946	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 257.000,00	257.000,00
6947	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 257.000,00	257.000,00
6948	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 257.000,00	257.000,00
6949	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	$ 257.000,00	257.000,00
6950	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	$ 257.000,00	257.000,00
6951	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 257.000,00	257.000,00
6952	890427	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	$ 257.000,00	257.000,00
6953	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 257.000,00	257.000,00
6954	993101	VACUNACIÓN CONTRA CÓLERA	$ 12.130,00	12.130,00
6955	993103	VACUNACIÓN CONTRA MENINGOCOCO (AC o BC)	$ 12.130,00	12.130,00
6956	993106	VACUNACIÓN CONTRA NEUMOCOCO	$ 12.130,00	12.130,00
6957	993121	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA [TAB]	$ 12.130,00	12.130,00
6958	993123	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA,TÉTANOS Y TOS FERINA (TETRAVALENTE)	$ 12.130,00	12.130,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6959	993124	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y Hepatitis B (TETRAVALENTE)	$ 12.130,00	12.130,00
6960	993125	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA y POLIOMELITIS (IVP)	$ 12.130,00	12.130,00
6961	993130	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y Hepatitis B (PENTAVALENTE)	$ 12.130,00	12.130,00
6962	993131	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Haemophilus influenza tipo b, DIFTERIA, TÉTANOS, TOS FERINA Y POLIOMELITIS IVP (PENTAVALENTE)	$ 12.130,00	12.130,00
6963	993502	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis A	$ 12.130,00	12.130,00
6964	993506	VACUNACIÓN CONTRA SARAMPIÓN	$ 12.130,00	12.130,00
6965	993507	VACUNACIÓN CONTRA PAROTIDITIS	$ 12.130,00	12.130,00
6966	993508	VACUNACIÓN CONTRA RUBEÓLA	$ 12.130,00	12.130,00
6967	993509	VACUNACIÓN CONTRA VARICELA	$ 12.130,00	12.130,00
6968	993510	VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA	$ 12.130,00	12.130,00
6969	993512	VACUNACIÓN CONTRA ROTAVIRUS	$ 12.130,00	12.130,00
6970	993513	VACUNACIÓN CONTRA VIRUS Papiloma Humano [VPH]	$ 12.130,00	12.130,00
6971	993520	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEÓLA [SR] (DOBLE VIRAL)	$ 12.130,00	12.130,00
6972	993521	VACUNACIÓN COMBINADA CONTRA Hepatitis A Y Hepatitis B	$ 12.130,00	12.130,00
6973	993523	VACUNACION CONTRA OTRO VIRUS (ESPECIFICO)	$ 12.130,00	12.130,00
6974	995101	VACUNACIÓN CONTRA LA MALARIA	$ 12.130,00	12.130,00
6975	000001663	MEDIO DE CONTRASTE INY PAQUETE SIMPLE	$ 300.000,00	300.000,00
6976	1664	MEDIO DE CONTRASTE INY PAQUETE DOBLE	$ 350.000,00	350.000,00
6977	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$ 257.000,00	257.000,00
6978	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGIA	$ 257.000,00	257.000,00
6979	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 257.000,00	257.000,00
6980	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 257.000,00	257.000,00
6981	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 257.000,00	257.000,00
6982	890250-1	CONSULTA DE PRIMERA POR ESPECIALISTA MATERNO PERINATAL	$ 257.000,00	257.000,00
6983	890350-1	CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA MATERNO PERINATAL	$ 257.000,00	257.000,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
6984	890450-1	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MATERNO PERINATAL	$ 257.000,00	257.000,00
6985	881439	NEUROSONOGRAFIA FETAL	$ 314.000,00	314.000,00
6986	675102	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.767.420,00	1.767.420,00
6987	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 168.000,00	168.000,00
6988	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 109.200,00	109.200,00
6989	901309	LEISHMANIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 168.000,00	168.000,00
6990	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 9.800,00	9.800,00
6991	901326	LEISHMANIA EXAMEN DIRECTO	$ 42.000,00	42.000,00
6992	902079	ANTICOAGULANTE LUPICO	$ 100.800,00	100.800,00
6993	902010	DILUCIONES DE TIEMPO DE PROTROMBINA (TP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 72.800,00	72.800,00
6994	902011	DILUCIONES DE TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP CRUZADO O ANTICOAGULANTE CIRCULANTE)	$ 72.800,00	72.800,00
6995	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINOGENO [PAI 1]	$ 333.200,00	333.200,00
6996	902033	PROTEINA C DE LA COAGULACION ACTIVIDAD	$ 100.800,00	100.800,00
6997	902039	RESISTENCIA A LA PROTEINA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 133.000,00	133.000,00
6998	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 252.000,00	252.000,00
6999	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$ 168.000,00	168.000,00
7000	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$ 165.200,00	165.200,00
7001	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$ 169.344,00	169.344,00
7002	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 135.800,00	135.800,00
7003	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$ 168.000,00	168.000,00
7004	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$ 168.000,00	168.000,00
7005	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$ 168.000,00	168.000,00
7006	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$ 560.000,00	560.000,00
7007	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 77.000,00	77.000,00
7008	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H +	$ 182.000,00	182.000,00
7009	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA +	$ 259.000,00	259.000,00
7010	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA §	$ 144.200,00	144.200,00
7011	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 168.000,00	168.000,00
7012	903050	ALFAFETOPROTEINA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIONICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 231.000,00	231.000,00
7013	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 100.800,00	100.800,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7014	903058	METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	$ 41.300,00	41.300,00
7015	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 184.800,00	184.800,00
7016	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 310.800,00	310.800,00
7017	903114	ACIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 644.000,00	644.000,00
7018	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 119.000,00	119.000,00
7019	903409	APOLIPOPROTEINAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$ 46.200,00	46.200,00
7020	903410	APOLIPOPROTEINAS B SEMIAUTOMATIZADA	$ 47.600,00	47.600,00
7021	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 72.100,00	72.100,00
7022	903709	VITAMINA C [ACIDO ASCORBICO]	$ 33.600,00	33.600,00
7023	903808	BALANCE NITROGENADO [INDICE CATABOLICO]	$ 79.800,00	79.800,00
7024	903831	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 19.320,00	19.320,00
7025	903870	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 6.160,00	6.160,00
7026	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$ 12.600,00	12.600,00
7027	903874	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 7.700,00	7.700,00
7028	903875	FOSFORO EN ORINA PARCIAL	$ 13.440,00	13.440,00
7029	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 5.460,00	5.460,00
7030	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$ 11.760,00	11.760,00
7031	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 81.200,00	81.200,00
7032	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRIA]	$ 5.600,00	5.600,00
7033	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 19.600,00	19.600,00
7034	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$ 121.100,00	121.100,00
7035	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 121.100,00	121.100,00
7036	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$ 64.400,00	64.400,00
7037	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTROPICA] PRE Y POST ESTIMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$ 64.400,00	64.400,00
7038	904505	ESTRIOL LIBRE +	$ 61.600,00	61.600,00
7039	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 119.000,00	119.000,00
7040	904812	CORTISOL AM	$ 28.000,00	28.000,00
7041	904813	CORTISOL PM	$ 28.000,00	28.000,00
7042	904920	TIROGLOBULINA +	$ 33.600,00	33.600,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7043	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	$ 107.800,00	107.800,00
7044	905203	BARBITURICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.200,00	109.200,00
7045	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 29.400,00	29.400,00
7046	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 128.800,00	128.800,00
7047	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$ 184.800,00	184.800,00
7048	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 13.300,00	13.300,00
7049	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 302.400,00	302.400,00
7050	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 145.600,00	145.600,00
7051	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$ 156.800,00	156.800,00
7052	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 50.400,00	50.400,00
7053	905705	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	$ 32.200,00	32.200,00
7054	905708	ALCOHOL METILICO [FORMALDEHIDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000,00	84.000,00
7055	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7056	905714	CAFEINA AUTOMATIZADO	$ 224.000,00	224.000,00
7057	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 91.000,00	91.000,00
7058	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 168.000,00	168.000,00
7059	905724	COCAINA O METABOLITOS MANUAL	$ 28.840,00	28.840,00
7060	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 235.200,00	235.200,00
7061	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.200,00	60.200,00
7062	905737	MONOXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$ 81.200,00	81.200,00
7063	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7064	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 168.000,00	168.000,00
7065	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 238.000,00	238.000,00
7066	906030	LEPTOSPIRA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.000,00	63.000,00
7067	906033	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7068	906034	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.800,00	114.800,00
7069	906110	ECHINOCOCCUS ANTICUERPOS	$ 98.000,00	98.000,00
7070	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 130.200,00	130.200,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7071	906133	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.600,00	40.600,00
7072	906211	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG A (CAPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.400,00	64.400,00
7073	906227	HEPATITIS DELTA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.200,00	88.200,00
7074	906246	SARAMPION ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.600,00	54.600,00
7075	906260	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG G MANUAL	$ 80.500,00	80.500,00
7076	906261	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IG M MANUAL	$ 80.500,00	80.500,00
7077	906265	Sarampión ANTICUERPOS MANUAL	$ 54.600,00	54.600,00
7078	906302	ANTIGENO P 24 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1	$ 184.800,00	184.800,00
7079	906315	ENTAMOEBA HISTOLITICA ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 196.000,00	196.000,00
7080	906324	PARAINFLUENZA TIPO 1 3 ANTIGENO	$ 106.400,00	106.400,00
7081	906337	HISTOPLASMA CAPSULATUM ANTIGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 273.000,00	273.000,00
7082	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.000,00	63.000,00
7083	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES IG G IG M E IG A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 791.000,00	791.000,00
7084	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	$ 34.300,00	34.300,00
7085	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS MANUAL	$ 36.400,00	36.400,00
7086	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 389.200,00	389.200,00
7087	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 389.200,00	389.200,00
7088	906491	TIROSINASA MUSCULO ESPECIFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 798.000,00	798.000,00
7089	906503	TIPIFICACION ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$ 413.000,00	413.000,00
7090	906518	TIPIFICACION DE ANTIGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$ 413.000,00	413.000,00
7091	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTIGENO AISLADO CLASE II	$ 1.050.000,00	1.050.000,00
7092	906626	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA FRACCION LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.800,00	100.800,00
7093	906825	INMUNOFIJACION AUTOMATIZADA	$ 183.400,00	183.400,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7094	906833	INMUNOGLOBULINA D [IG D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000,00	84.000,00
7095	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECIFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 63.000,00	63.000,00
7096	906913	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	$ 28.000,00	28.000,00
7097	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 18.620,00	18.620,00
7098	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 9.660,00	9.660,00
7099	907013	COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 15.000,00	15.000,00
7100	907014	COPROSCOPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 46.500,00	46.500,00
7101	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 14.000,00	14.000,00
7102	907102	HEMOGLOBINURIA +	$ 6.300,00	6.300,00
7103	907105	RECUENTO HAMBURGUER +	$ 14.000,00	14.000,00
7104	907205	FRAGILIDAD OSMOTICA ESPERMATICA	$ 72.800,00	72.800,00
7105	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 190.400,00	190.400,00
7106	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 1.820.000,00	1.820.000,00
7107	908321	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD	$ 61.600,00	61.600,00
7108	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 429.800,00	429.800,00
7109	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$ 831.600,00	831.600,00
7110	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$ 420.000,00	420.000,00
7111	908333	OLIGOSACARIDOS CUALITATIVOS	$ 1.246.000,00	1.246.000,00
7112	908341	ACIDO SIALICO CUANTITATIVO	$ 506.800,00	506.800,00
7113	908347	ACIDO LACTICO CURVA POST GLUCOSA	$ 91.000,00	91.000,00
7114	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACION (ESPECIFICO)	$ 100.800,00	100.800,00
7115	908604	ENZIMAS LISOSOMALES. MEDICION DE CADA UNA	$ 1.470.000,00	1.470.000,00
7116	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICOGENO. MEDICION DE CADA UNA	$ 1.078.000,00	1.078.000,00
7117	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL	$ 487.200,00	487.200,00
7118	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL	$ 532.000,00	532.000,00
7119	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$ 196.000,00	196.000,00
7120	908874	MYCOBACTERIUM NO TUBERCULOSO IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 553.000,00	553.000,00
7121	908875	MYCOBACTERIUM LEPRAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 434.000,00	434.000,00
7122	908876	LEISHMANIA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 392.000,00	392.000,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7123	908877	CLOSTRIDIUM DIFFICILE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 602.000,00	602.000,00
7124	908879	BORDETELLA PERTUSSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 350.000,00	350.000,00
7125	908882	NEISSERIA MENINGITIDIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 977.200,00	977.200,00
7126	908883	HEPATITIS E IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 952.000,00	952.000,00
7127	908886	ADENOVIRUS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 574.000,00	574.000,00
7128	908887	HISTOPLASMA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 686.000,00	686.000,00
7129	908888	CHLAMYDIA IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 539.000,00	539.000,00
7130	908889	NEISSERIA GONORRHOEAE IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 525.000,00	525.000,00
7131	908890	DETECCION VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 100.800,00	100.800,00
7132	911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACION EN TUBO	$ 49.000,00	49.000,00
7133	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION EN TUBO	$ 49.000,00	49.000,00
7134	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECIFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTECNICA	$ 67.200,00	67.200,00
7135	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 16.800,00	16.800,00
7136	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTECNICA CUALQUIER ANTIGENO	$ 711.200,00	711.200,00
7137	911019	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR MICROTECNICA	$ 31.360,00	31.360,00
7138	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 378.000,00	378.000,00
7139	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$ 532.000,00	532.000,00
7140	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ÁCIDO BORÓNICO)	$ 273.000,00	273.000,00
7141	901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO	$ 50.400,00	50.400,00
7142	901243	HEMOCULTIVO PARA MICOBACTERIAS CADA MUESTRA	$ 95.200,00	95.200,00
7143	901302	Demodex EXAMEN DIRECTO	$ 30.800,00	30.800,00
7144	901502	Clostridium TOXINA	$ 203.000,00	203.000,00
7145	902030	PRECALICREÍNA	$ 714.000,00	714.000,00
7146	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$ 161.000,00	161.000,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7147	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 102.200,00	102.200,00
7148	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$ 175.000,00	175.000,00
7149	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$ 123.200,00	123.200,00
7150	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$ 137.200,00	137.200,00
7151	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$ 165.200,00	165.200,00
7152	902067	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A COLÁGENO: (VWF:CB)	$ 515.200,00	515.200,00
7153	902068	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$ 1.008.000,00	1.008.000,00
7154	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.372.000,00	1.372.000,00
7155	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 176.400,00	176.400,00
7156	902074	ANTÍGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 672.000,00	672.000,00
7157	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 529.200,00	529.200,00
7158	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	$ 310.800,00	310.800,00
7159	902078	INHIBIDOR DE FACTOR XIII	$ 135.800,00	135.800,00
7160	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7161	902105	DIMERO D MANUAL	$ 68.000,00	68.000,00
7162	902106	ERITROPOYETINA	$ 64.400,00	64.400,00
7163	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	$ 86.800,00	86.800,00
7164	902120	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR	$ 110.000,00	110.000,00
7165	902123	VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$ 94.080,00	94.080,00
7166	902226	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$ 46.200,00	46.200,00
7167	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 123.200,00	123.200,00
7168	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 99.960,00	99.960,00
7169	903032	N-TELOPÉPTIDO	$ 224.000,00	224.000,00
7170	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 588.000,00	588.000,00
7171	903048	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 117.600,00	117.600,00
7172	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 217.000,00	217.000,00
7173	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 67.200,00	67.200,00
7174	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$ 67.200,00	67.200,00
7175	903054	C-TELOPÉPTIDO	$ 114.800,00	114.800,00
7176	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$ 162.400,00	162.400,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7177	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 798.000,00	798.000,00
7178	903060	ANTIOXIDANTES TOTALES	$ 381.024,00	381.024,00
7179	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$ 107.800,00	107.800,00
7180	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	$ 106.400,00	106.400,00
7181	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 310.800,00	310.800,00
7182	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 322.000,00	322.000,00
7183	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	$ 287.000,00	287.000,00
7184	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$ 154.000,00	154.000,00
7185	903432	NUCLEOTIDASA 5	$ 81.200,00	81.200,00
7186	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 75.300,00	75.300,00
7187	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 221.200,00	221.200,00
7188	903441	IDENTIFICACION DE OTRA ENZIMA (ESPECIFICA)	$ 499.800,00	499.800,00
7189	903442	CUANTIFICACION DE OTRA ENZIMA (ESPECIFICA)	$ 58.800,00	58.800,00
7190	903506	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)	$ 207.200,00	207.200,00
7191	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 68.600,00	68.600,00
7192	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 31.500,00	31.500,00
7193	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 68.600,00	68.600,00
7194	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 68.600,00	68.600,00
7195	903711	VITAMINA K	$ 259.000,00	259.000,00
7196	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	$ 46.200,00	46.200,00
7197	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 46.200,00	46.200,00
7198	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 15.626,80	15.626,80
7199	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 174.720,00	174.720,00
7200	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 287.963,20	287.963,20
7201	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 329.100,80	329.100,80

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7202	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 329.100,80	329.100,80
7203	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 329.100,80	329.100,80
7204	904001	ANGIOTENSINA II	$ 417.200,00	417.200,00
7205	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 84.000,00	84.000,00
7206	904006	LEPTINA	$ 89.600,00	89.600,00
7207	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$ 134.400,00	134.400,00
7208	904403	INHIBINA A	$ 154.000,00	154.000,00
7209	904404	INHIBINA B	$ 189.000,00	189.000,00
7210	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.200,00	109.200,00
7211	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$ 175.000,00	175.000,00
7212	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	$ 123.200,00	123.200,00
7213	904706	PÉPTIDO C	$ 68.600,00	68.600,00
7214	904707	PROINSULINA	$ 207.200,00	207.200,00
7215	904709	ADIPONECTINA	$ 175.000,00	175.000,00
7216	904710	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$ 61.600,00	61.600,00
7217	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 86.100,00	86.100,00
7218	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 114.800,00	114.800,00
7219	904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 86.100,00	86.100,00
7220	904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 86.100,00	86.100,00
7221	904715	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 86.100,00	86.100,00
7222	904717	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 142.800,00	142.800,00
7223	904718	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 142.800,00	142.800,00
7224	904810	DEOXICORTISOL 11	$ 113.400,00	113.400,00
7225	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 78.400,00	78.400,00
7226	905104	NIVEL DE INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA	$ 168.000,00	168.000,00
7227	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR XA (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	$ 190.400,00	190.400,00
7228	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	$ 411.600,00	411.600,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7229	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 184.800,00	184.800,00
7230	905746	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$ 84.000,00	84.000,00
7231	905757	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.800,00	72.800,00
7232	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 82.320,00	82.320,00
7233	905761	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 89.600,00	89.600,00
7234	905762	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 86.800,00	86.800,00
7235	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7236	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7237	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.400,00	78.400,00
7238	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.400,00	92.400,00
7239	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 74.200,00	74.200,00
7240	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.800,00	128.800,00
7241	906016	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7242	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.200,00	81.200,00
7243	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.000,00	63.000,00
7244	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.200,00	123.200,00
7245	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.200,00	123.200,00
7246	906047	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.400,00	120.400,00
7247	906048	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 168.000,00	168.000,00
7248	906049	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 168.000,00	168.000,00
7249	906052	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 823.200,00	823.200,00
7250	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.600,00	82.600,00
7251	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86.800,00	86.800,00
7252	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86.800,00	86.800,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7253	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.200,00	123.200,00
7254	906117	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.200,00	123.200,00
7255	906122	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 138.180,00	138.180,00
7256	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.400,00	134.400,00
7257	906136	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 438.480,00	438.480,00
7258	906138	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.600,00	75.600,00
7259	906139	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.800,00	72.800,00
7260	906140	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.600,00	82.600,00
7261	906141	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.600,00	82.600,00
7262	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000,00	84.000,00
7263	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 74.200,00	74.200,00
7264	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 63.000,00	63.000,00
7265	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 74.200,00	74.200,00
7266	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 63.000,00	63.000,00
7267	906238	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.000,00	70.000,00
7268	906239	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 499.800,00	499.800,00
7269	906252	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 459.200,00	459.200,00
7270	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$ 77.000,00	77.000,00
7271	906254	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	$ 112.000,00	112.000,00
7272	906256	Helicobacter pylori ANTÍGENO	$ 46.900,00	46.900,00
7273	906258	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.000,00	70.000,00
7274	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.200,00	109.200,00
7275	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00
7276	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.200,00	95.200,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7277	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000,00	84.000,00
7278	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 156.800,00	156.800,00
7279	906270	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G	$ 133.000,00	133.000,00
7280	906271	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M	$ 133.000,00	133.000,00
7281	906301	Adenovirus ANTÍGENO	$ 48.720,00	48.720,00
7282	906321	Influenza ANTÍGENO	$ 71.400,00	71.400,00
7283	906331	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	$ 235.200,00	235.200,00
7284	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$ 58.800,00	58.800,00
7285	906333	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 215.600,00	215.600,00
7286	906334	Cándida spp ANTÍGENO	$ 417.200,00	417.200,00
7287	906338	Plasmodium spp ANTÍGENO MAUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.400,00	29.400,00
7288	906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTÍGENO	$ 98.000,00	98.000,00
7289	906341	DENGUE ANTIGENO MANUAL	$ 58.800,00	58.800,00
7290	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 81.200,00	81.200,00
7291	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 190.400,00	190.400,00
7292	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	$ 128.800,00	128.800,00
7293	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.000,00	70.000,00
7294	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.600,00	68.600,00
7295	906435	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$ 128.800,00	128.800,00
7296	906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.600,00	47.600,00
7297	906451	QUERATINA ANTICUERPOS	$ 138.600,00	138.600,00
7298	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.600,00	54.600,00
7299	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 511.000,00	511.000,00
7300	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 469.000,00	469.000,00
7301	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.600,00	75.600,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7302	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.600,00	75.600,00
7303	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.400,00	78.400,00
7304	906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.400,00	78.400,00
7305	906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.400,00	78.400,00
7306	906476	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.000,00	84.000,00
7307	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.800,00	107.800,00
7308	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.000,00	105.000,00
7309	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.000,00	77.000,00
7310	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.080,00	66.080,00
7311	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.440,00	76.440,00
7312	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.400,00	134.400,00
7313	906484	70MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.400,00	71.400,00
7314	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.000,00	98.000,00
7315	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.000,00	112.000,00
7316	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 399.000,00	399.000,00
7317	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 434.000,00	434.000,00
7318	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 403.200,00	403.200,00
7319	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.400,00	106.400,00
7320	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.200,00	137.200,00
7321	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 532.000,00	532.000,00
7322	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 448.000,00	448.000,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7323	906512	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$ 413.000,00	413.000,00
7324	906514	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$ 413.000,00	413.000,00
7325	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$ 301.000,00	301.000,00
7326	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO	$ 301.000,00	301.000,00
7327	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 672.000,00	672.000,00
7328	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 672.000,00	672.000,00
7329	906614	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACION CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 161.000,00	161.000,00
7330	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 120.400,00	120.400,00
7331	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 350.000,00	350.000,00
7332	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.200,00	137.200,00
7333	906628	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 232.400,00	232.400,00
7334	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 350.000,00	350.000,00
7335	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 511.000,00	511.000,00
7336	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 299.600,00	299.600,00
7337	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 735.000,00	735.000,00
7338	906756	PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 700.000,00	700.000,00
7339	906762	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 162.400,00	162.400,00
7340	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 427.000,00	427.000,00
7341	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 183.400,00	183.400,00
7342	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 557.200,00	557.200,00
7343	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.000,00	91.000,00
7344	906838	PLAQUETAS FACTOR 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 812.000,00	812.000,00
7345	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 142.800,00	142.800,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7346	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 476.000,00	476.000,00
7347	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 142.800,00	142.800,00
7348	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	$ 123.200,00	123.200,00
7349	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	$ 109.200,00	109.200,00
7350	906847	PROCALCITONINA MANUAL	$ 102.000,00	102.000,00
7351	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.000,00	140.000,00
7352	906852	INTERLEUQUINA 1	$ 506.800,00	506.800,00
7353	906853	INTERLEUQUINA 6	$ 100.800,00	100.800,00
7354	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$ 252.000,00	252.000,00
7355	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$ 532.000,00	532.000,00
7356	906857	FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL	$ 882.000,00	882.000,00
7357	908314	CISTINA CUANTITATIVA	$ 786.800,00	786.800,00
7358	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 618.800,00	618.800,00
7359	908334	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	$ 680.400,00	680.400,00
7360	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	$ 624.400,00	624.400,00
7361	908336	ALFA N ACETIL NEURAMINIDASA ACTIVIDAD	$ 1.162.000,00	1.162.000,00
7362	908346	BETA GLUCOCEREBROSIDASA ACTIVIDAD	$ 632.800,00	632.800,00
7363	908354	TRIPSINÓGENO INMUNOREACTIVO	$ 70.000,00	70.000,00
7364	908356	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$ 322.000,00	322.000,00
7365	908357	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO	$ 3.500.000,00	3.500.000,00
7366	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	$ 308.000,00	308.000,00
7367	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	$ 301.000,00	301.000,00
7368	908428	HFE (HEMOCROMATOSIS)	$ 469.000,00	469.000,00
7369	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$ 588.000,00	588.000,00
7370	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	$ 277.200,00	277.200,00
7371	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	$ 730.800,00	730.800,00
7372	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	$ 259.000,00	259.000,00
7373	908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	$ 2.100.000,00	2.100.000,00
7374	908803	Hepatitis B GENOTIPO	$ 1.470.000,00	1.470.000,00
7375	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 364.000,00	364.000,00
7376	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 371.000,00	371.000,00

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7377	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 357.000,00	357.000,00
7378	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 893.200,00	893.200,00
7379	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 924.000,00	924.000,00
7380	908813	Parvovirus CARGA VIRAL	$ 574.000,00	574.000,00
7381	908833	Hepatitis C GENOTIPO	$ 1.022.000,00	1.022.000,00
7382	908855	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 749.000,00	749.000,00
7383	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 252.000,00	252.000,00
7384	908857	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 980.000,00	980.000,00
7385	908858	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 840.000,00	840.000,00
7386	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 2.520.000,00	2.520.000,00
7387	908861	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA DETECCION DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 646.800,00	646.800,00
7388	908862	CITOMEGALOVIRUS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 350.000,00	350.000,00
7389	908866	HEPATITIS B IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 378.000,00	378.000,00
7390	908867	TOXOCARA SPP IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 588.000,00	588.000,00
7391	908868	TOXOPLASMA GONDII IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 366.800,00	366.800,00
7392	908870	EPSTEIN BARR IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 470.400,00	470.400,00
7393	908871	HEPATITIS C IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 378.000,00	378.000,00
7394	908873	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS IDENTIFICACION POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 315.000,00	315.000,00
7395	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECIFICO)	$ 495.600,00	495.600,00
7396	372202	CATETERISMO IZQUIERDO CON O SIN ANGIOGRAFIA	$ 1.127.603,11	1.127.603,11
7397	372302	CATETERISMO IZQUIERDO Y DERECHO CON O SIN ANGIOGRAFIA	$ 1.347.871,97	1.347.871,97
7398	372402	CATETERISMO TRANSEPTAL + CATETERISMO IZQUIERDO Y DERECHO	$ 2.083.680,78	2.083.680,78
7399	876122	CORONARIOGRAFIA (INCLUYE: CATETERISMO IZQUIERDO, VENTRICULOGRAFIA)	$ 1.613.190,35	1.613.190,35

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7400	876121	CORONARIOGRAFIA + CATETERISMO DERECHO	$ 2.362.088,41	2.362.088,41
7401	876131	AURICULOGRAMA IZQUIERDO Y/O ARTERIOGRAFIA PULMONAR (INCLUYE CATETERISMO DERECHO)	$ 1.023.531,50	1.023.531,50
7402	876190	ARTERIOGRAFIA SELECTIVA NO CORONARIA	$ 935.921,82	935.921,82
7403	877171	ARTERIOGRAFIA RENAL	$ 953.267,09	953.267,09
7404	877112	ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL	$ 953.267,09	953.267,09
7405	878101	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA	$ 953.267,09	953.267,09
7406	351103	VALVULOPLASTIA CON BALON	$ 4.376.388,12	4.376.388,12
7407	360402	TROMBOLISIS INTRACORONARIA	$ 2.713.571,03	2.713.571,03
7408	387300	IMPLANTACION DE DISPOSITIVO EN VENA CAVA INFERIOR	$ 2.159.164,82	2.159.164,82
7409	395031	IMPLANTACIÓN DE STENT EN ARTERIA PERIFERICA	$ 1.744.404,10	1.744.404,10
7410	360600	IMPLANTACION DE STENT INTRACORONARIO	$ 2.399.107,72	2.399.107,72
7411	360101+360600	ANGIOPLASITA CORONARIA MAS IMPLANTE DE STENT	$ 4.798.215,43	4.798.215,43
7412	372102	CATETERISMO CARDIADO DEL LADO DERECHO DEL CORAZON CON PRUEBA DE SUSTANCIA TERAPEUTICA	$ 966.356,35	966.356,35
7413	876212	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO +	$ 966.356,35	966.356,35
7414	876222	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON IZQUIERDO +	$ 1.127.603,11	1.127.603,11
7415	876120	ARTERIOGRAFIA CORONARIA	$ 1.613.190,35	1.613.190,35
7416	876231	ANGIOCARDIOGRAFIA DE CORAZON DERECHO E IZQUIERDO	$ 2.362.088,41	2.362.088,41
7417	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$ 1.023.531,50	1.023.531,50
7418	878111	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORACICO	$ 953.267,09	953.267,09
7419	878201	ARTERIOGRAFIA PERIFERICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCION +	$ 953.267,09	953.267,09
7420	360106	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) DE OCLUSION TOTAL CRONICA	$ 2.399.107,72	2.399.107,72
7421	360201	ANGIOPLASTIA CORONARIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA UNO O DOS VASOS	$ 2.399.107,72	2.399.107,72
7422	360202	ANGIOPLASTIA CORONARIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA SIMPLE CON INFUSION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA MAS DE DOS VASOS	$ 2.399.107,72	2.399.107,72
7423	360300	ANGIOPLASTIA DE ARTERIA CORONARIA CON TORAX ABIERTO SOD	$ 2.399.107,72	2.399.107,72

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7424	360501	ANGIOPLASTIA CORONARIA POR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR) (ATERECTOMIA CORONARIA) REALIZADA DURANTE LA MISMA INTERVENCION	$ 2.399.107,72	2.399.107,72
7425	395024	ANGIOPLASTIA DE VASOS TORACICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 1.744.404,10	1.744.404,10
7426	395080	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES. CON BALON	$ 1.744.404,10	1.744.404,10
7427	395061	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS ABDOMINALES CON BALON, CON PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 1.744.404,10	1.744.404,10
7428	351203	VALVULOPLASTIA MITRAL VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.376.388,12	4.376.388,12
7429	351303	VALVULOPLASTIA PULMONAR VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.376.388,12	4.376.388,12
7430	351403	VALVULOPLASTIA TRICUSPIDEA VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 4.376.388,12	4.376.388,12
7431	360401	INFUSION ARTERIAL INTRACORONARIA DE TROMBOLITICOS VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.713.571,03	2.713.571,03
7432	395001	ATERECTOMIA CON CATETER	$ 2.399.107,72	2.399.107,72
7433	395081	ANGIOPLASTIA O ATERECTOMIA DE VASOS DE MIEMBROS INFERIORES. CON BALON. PROTESIS (STENT) O INJERTO (S) PROTESICO (S)	$ 1.744.404,10	1.744.404,10
7434	373406	ABLACION POR CATETER DE FOCOS ARRITMOGÉNICOS (SIN CATETERISMO)	$ 2.834.345,49	2.834.345,49
7435	372101	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO CONVENCIONAL	$ 2.834.345,49	2.834.345,49
7436	376703	IMPLANTE DE MARCAPASO DEFINITIVO UNICAMERAL	$ 2.590.789,00	2.590.789,00
7437	378301	IMPLANTE DE MARCAPASO DEFINITIVO BICAMERAL	$ 2.590.789,00	2.590.789,00
7438	372502	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA PERCUTANEA	$ 2.834.345,49	2.834.345,49
7439	372503	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO EPICARDICO VIA ABIERTA	$ 2.834.345,49	2.834.345,49
7440	372301	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO DEL CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 1.347.871,97	1.347.871,97
7441	372401	ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO CARDIACO COMBINADO DERECHO E IZQUIERDO CON PUNCION TRANSEPTAL EN CORAZON VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.083.680,78	2.083.680,78
7442	373404	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO FOCAL VIA ABIERTA	$ 2.834.345,49	2.834.345,49
7443	373407	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO MULTIFOCAL VIA ABIERTA	$ 2.834.345,49	2.834.345,49

ÍTEMS	RESOLUCIÓN 2706	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	SOAT - 10	TARIFA ESE HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA
7444	373408	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO MULTIFOCAL MINIMAMENTE INVASIVA	$ 2.834.345,49	2.834.345,49
7445	373409	ABLACION DE LESION O TEJIDO CARDIACO MULTIFOCAL PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	$ 2.834.345,49	2.834.345,49
7446	874133	PANANGIOGRAFIA	$ 1.545.174,41	1.545.174,41
7447	395010	ANGIOPLASTIA CAROTIDEA	$ 924.197,71	924.197,71
7448	872202	AORTOGRAMA CON ARTERIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR	$ 1.029.634,46	1.029.634,46
7449	876110	AORTOGRAMA TORACICO	$ 602.667,81	602.667,81
7450	872201	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR CATETERISMO BRAQUIAL RETROGRADO O POR CATETERISMO FEMORAL +	$ 602.667,81	602.667,81
7451	380810	TROMBOLISIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES. VIA ENDOVASCULAR	$ 865.175,61	865.175,61
7452	385920	OCLUSION DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES. VIA ENDOVASCULAR	$ 950.456,52	950.456,52
7453	385820	OCLUSION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES, VIA PERCUTANEA O ENDOVASCULAR	$ 950.456,52	950.456,52
7454	380801	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR DE ARTERIAS EN MIEMBROS INFERIORES	$ 3.412.360,53	3.412.360,53
7455	380901	TROMBOEMBOLECTOMIA SUPRAPATELAR VENOSA PROFUNDA	$ 3.412.360,53	3.412.360,53

NOTA 1: El personal que el Contratista ocupe en la ejecución del Contrato, no tendrá ninguna vinculación laboral, civil, comercial con el DMSOC. La responsabilidad derivada de estas vinculaciones correrá a cargo exclusivo del Contratista.

NOTA 2. En el evento en que el contratista utilice en la ejecución del contrato, personal con contrato de prestación de servicios, deberá acreditar mediante certificación para cada pago al Supervisor, que estos cumplen con las obligaciones al Sistema Integrado de Seguridad Social.

CLAUSULA SEPTIMA. - OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.

OBLIGACIONES GENERALES

1) Cumplir el objeto pactado en el contrato, las especificaciones técnicas previstas en los estudios previos, la propuesta presentada y los aspectos técnicos pertinentes y anexo técnico si aplica, para la ejecución idónea.

2) Cumplir con las condiciones técnicas, económicas, de gestión y demás relacionadas y presentadas en su propuesta, en atención a lo requerido en los estudios previos, y garantizar su ejecución dando pleno cumplimiento a los lineamientos y políticas establecidos por el DMSOC y a las instrucciones que éste imparta a través del supervisor.

3) Obrar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales, evitando dilaciones que afecten el objeto del Contrato

4) Entregar los informes pactados y los requeridos por el supervisor del contrato, cuando a ello hubiere lugar.

5) Realizar las actividades relacionadas con el objeto contractual, bajo su propio riesgo y responsabilidad, sin sujeción o condiciones diversas a aquellas que requieran para el cumplimiento del mismo

6) Realizar los desplazamientos que se requieran para el desarrollo de sus obligaciones acorde con la solicitud del supervisor.

7) Reportar de manera inmediata cualquier novedad o anomalía, al supervisor del contrato.

8) Atender los lineamientos dados por el DMSOC en materia de procesos y procedimientos relacionados con el Sistema Integrado de Gestión-SIG.

9) Cumplir con las políticas de seguridad de la información y los lineamientos dados por el DMSOC relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

10) Firmar un compromiso de confidencialidad y no divulgación con respecto a toda la información obtenida por EL CONTRATISTA durante la ejecución del contrato, cuando a ello hubiere lugar.

11) Mantener estricta reserva sobre la información y documentos a que tenga acceso con ocasión de la celebración y ejecución del contrato, salvo instrucción de autoridades competentes o autorización previa y expresa otorgada por el DMSOC.

12) Llevar el archivo de toda la documentación técnica y financiera de la ejecución del contrato y al final de éste, hacer entrega el DMSOC de los mismos, acorde a lo establecido en los productos e informes requeridos y pactados, y de acuerdo con el manual de archivo y correspondencia vigente y/o normas del Archivo General de la Nación, cuando a ello hubiere lugar.

13) Participar en las reuniones, encuentros o comités, según corresponda, relacionados con el objeto contractual y obligaciones pactadas, a los cuales sea convocado por parte el DMSOC, cuando a ello hubiere lugar.

14) Acreditar, de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, el cumplimiento del pago mensual de los aportes de sus empleados a los sistemas de salud, pensiones, riesgos laborales, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Cajas de Compensación Familiar, mediante certificación expedida por el representante legal o revisor fiscal, según el caso.

15) Responder ante terceros por los daños que se ocasionen y que provengan de causas que le sean imputables.

16) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúan por fuera de la ley con el fin de obligarlos a hacer u omitir algún acto o hecho cuando se presenten tales peticiones o amenazas el contratista deberá informar inmediatamente de su ocurrencia al DMSOC y a las demás autoridades correspondientes para que ellas adopten las medidas y correctivos que fueren necesarios. El incumplimiento de esta obligación y la celebración de pactos o acuerdos prohibidos podrá dar lugar a la declaratoria de incumplimiento e imposición de las sanciones a que haya lugar.

17) Asumir los riesgos establecidos en la matriz de riesgos del proceso.

18) Cumplir con la legislación en Seguridad y Salud en el Trabajo y Ambiental vigentes, entre otras la Ley 1562 de 2012 y el Decreto único reglamentario 1072 de 2015 de conformidad con las actividades a desarrollar

según el objeto del contrato.

19). EL CONTRATISTA declara que cuenta con una Política de Seguridad y Salud en el trabajo y cumple con lo establecido en la normatividad nacional vigente y aquella que lo reglamente, modifique y/o complemente, aplicable para la protección de los eventuales trabajadores que, durante la ejecución del presente contrato deba vincular, directa o indirectamente, a fin de cumplir las obligaciones pactadas entre las partes. Además, que cumple con las auditorías periódicas, certificados de capacitación en el tema y demás medidas establecidas en normas concordantes; tendientes al cumplimiento íntegro de las políticas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el trabajo que le corresponden.

20) Concurrir a la liquidación del contrato dentro de los plazos y en las condiciones establecidas en la Ley y el mismo contrato; en caso de celebrarse la liquidación parcial, se obliga a mantener vigente la garantía única de cumplimiento por los plazos que demande el cumplimiento de las prestaciones que se encuentren pendientes por ejecutar y/o satisfacer, cuando a ello hubiere lugar.

21) Asumir la garantía legal sobre los bienes y/o servicios suministrados de que trata el Estatuto del Consumidor, por el término de ley o determinado por el productor y/o Proveedor, según aplique, cuando a ello hubiere lugar.

22) Las demás obligaciones que se deriven de las especificaciones técnicas, estudios previos, anexo técnico, insumos y de la propuesta presentada, documentos que forman parte integral del contrato y aquellas que estén directamente relacionadas con el objeto del contrato.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS

1) Cumplir el Sistema de Contra-referencia del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares según el Acuerdo Nº 004 de 1997 del CSSMP.

2) Cumplir con los requisitos establecidos en la resolución 1995 de 1999. El contratista se compromete a verificar que todos los profesionales que presten el servicio de salud en sus instalaciones este registrado en el Registro único Nacional de Talento Humano en Salud, información que será cotejada por el área de auditoría del contratante, y si el profesional no está inscrito la entidad no pagará el servicio.

3) Permitir las labores de supervisión, evaluación, control y auditoría que se requieran para el seguimiento a la ejecución del convenio.

4) Responder por las no conformidades que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicar las acciones de mejora pertinentes siempre y cuando sean por causa del CONTRATISTA. Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades civiles que como prestadores se deriven de esta actividad.

5) La Auditoría de Cuentas enviará el reporte de las enfermedades catastróficas facturadas al Establecimiento de Sanidad Militar, cuando aplique. Como enfermedades catastróficas se entienden: Son aquellas patologías de curso crónico que supone alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico definidas en la Resolución 5261 de 1994.

6) Responder por los eventos adversos que se generen a los usuarios en desarrollo del presente contrato.

7) La Auditoría interna de calidad del DMSOC realizará el seguimiento a los eventos adversos, enfermedad nosocomial y casos de iatrogenia detectados por el Supervisor del contrato en la actividad de SEGUIMIENTO presentando los informes pertinentes con el fin de establecer las responsabilidades y la acción a seguir. Los costos que originen los eventos anteriormente mencionados serán objetados hasta tanto se determine la

competencia y responsabilidad sobre el mismo, por tal motivo la información deberá ser incluida en los informes periódicos del Supervisor.

8) El contratista solo prestará los servicios objeto del contrato a los usuarios y beneficiarios del Establecimiento de Sanidad Militar, presentando los siguientes documentos:

9) Se deberá verificar documento de identidad original.

10) Orden de servicio autorizada por la plataforma SALUD.SIS de la DGSM y/o Formato de referencia y contra referencia diligenciado.

11) De acuerdo con la legislación vigente el contratista debe comprometerse a diligenciar de manera completa y clara la historia clínica y demás registros obligatorios de atención de cada usuario, así como también de las acciones realizadas por el equipo de salud involucrado contratante el acceso a la misma, siendo este el único instrumento válido para la revisión y la auditoria

12) El contratista deberá diligenciar obligatoriamente el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el campo referente al número de autorización que genera la atención. Las enfermedades de interés en Salud Publica (sobre todo eventos centinela) deberán ser reportados de manera inmediata al contratista diligenciando la notificación obligatoria y adjuntando la ficha epidemiológica y fotocopia de la historia clínica

13) La factura deberá venir acompañada de la siguiente información:

14) -Fecha de prestación del servicio, Relación de pacientes atendidos con número de documento de identificación y procedimientos realizados de acuerdo al objeto de los términos de referencia (Registros Individuales de Procedimientos en Salud - RIPS), Factura que cumpla con los requisitos legales vigentes, Numero del contrato contra el cual se facturan los servicios. Copia de los documentos del paciente carne y cedula y copia de la orden de servicios, en caso de que la información de los RIPS del contratista no pase la malla validadora del Ministerio de Salud, no se podrá recibir el paquete de facturas hasta que el contratista corrija la novedad.

15). El contratista deberá garantizar al personal que designe para el desarrollo del contrato, el suministro de la dotación mensual de uniformes y elementos de protección personal, y demás elementos necesarios para la ejecución del contrato de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente en lo referente a salud ocupacional y seguridad y salud en el trabajo.

16) Recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilaciones injustificadas las quejas o sugerencias de los usuarios que recaiga sobre la prestación del servicio objeto del contrato, para lo cual se debe efectuar un registro consolidado de las quejas o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución o mejoramiento atendiendo en todo caso las recomendaciones formuladas por el contratante cuando a ello hubiere lugar.

17) Comunicar dentro de un término prudencial no superior a 24 horas, la ocurrencia de eventos adversos en el desarrollo de prácticas médicas asistenciales acaecidas en la institución del contratista, que afecten a usuarios del contratante.

18) El contratante podrá comunicar al contratista, las glosas por el medio más expedito; lo anterior incluye la utilización de correo electrónico, para lo cual el contratista está en la obligación de suministrar por escrito la dirección de correo electrónico destinada para tales efectos.

19) Serán a cargo del Contratista los costos de transporte, movilización, seguros, fletes, que se causen con

motivo de la prestación del servicio. Estos costos se entenderán incorporados al valor total del contrato que se llegase a celebrar, incluyendo los impuestos.

20) En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, el CONTRATISTA deberá informar por escrito al supervisor del contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo. El contratista aceptará que el supervisor realice revistas diarias en las instalaciones para la verificación de los usuarios hospitalizados, con el fin de realizar seguimiento al estado de salud de los mismos, vigilando las estancias prologadas, entrega de medicamentos e insumos, y trámites administrativos que limiten la salida.

21) Respecto del Registro de procedimientos se utilizarán las tarifas pactadas SOAT vigente + incremento de zona de acuerdo a la fecha de atención, detallando codificación y grupo, en forma clara, discriminada y detallada dentro de la factura, el contratista se compromete a facturar durante toda la vigencia del contrato conforme a los precios SOAT vigente, y/o los institucionales ofertados.

22) EL CONTRATISTA se obliga a comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos pagos, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.

23). El contratista dispondrá de una persona encargada de la Coordinación del contrato, con una línea telefónica directa que garantice el acceso a la información y consulta necesaria para resolver cualquier inquietud e informar novedades sobre procedimientos, tratamientos, quejas, programaciones y en general para la atención de los usuarios. Esta línea será de uso por parte de los auditores y personal de referencia y Contra-referencia de la DMSOC durante las 24 horas del día.

24) La oportunidad de citas por medicina general no debe ser mayor a 5 días hábiles.

25) La oportunidad de cita por especialista no debe ser mayor a 7 días hábiles.

26) La oportunidad de resultado de laboratorio clínico por consulta externa no debe ser mayor a 2 días hábiles y 5 días hábiles en exámenes especializados.

27) La oportunidad de cita para exámenes imagenológicos no debe ser mayor a 3 días por consulta externa y el resultado no debe superar las 72 horas.

28) LA ATENCIÓN INICIAL E INTEGRAL DE LAS URGENCIAS: de conformidad con lo dispuesto en la Circular Única de Supersalud y normas que la modifiquen o adicionen, se debe brindar en la CLINICA la atención inicial e integral de urgencias en conjunto con el servicio de ambulancia, y hacer TRIAGE durante las veinticuatro (24) horas por profesionales de la medicina capacitados para ello.

CLÁUSULA OCTAVA- PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN El plazo de Ejecución del presente contrato será desde la suscripción del contrato y aprobación de la garantía única hasta el 15 diciembre de 2026 y/o hasta agotar los recursos los que primero suceda.

Los servicios objeto de este proceso de contratación serán entregados a solicitud del supervisor o funcionario encargado, Municipio MONIQUIRÁ, Departamento de Boyacá en las instalaciones del HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ

CLÁUSULA NOVENA. - GARANTÍA ÚNICA: Con el fin de amparar los perjuicios de naturaleza contractual y extracontractual derivados del incumplimiento del contrato y de su liquidación que pueda surgir para la Entidad por las actuaciones, hechos u omisiones del contratista, este debe presentar una garantía de cumplimiento a favor del DMSOC, en cualquiera de las garantías que de conformidad con el Decreto 1082 de 2015, artículo 2.2.1.2.3.1.2 sean aplicables

TIPO DE RIESGO	MECANISMO DE COBERTURA
RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL	En una cuantía equivalente a (200) SMMLMV, por el término de vigencia del contrato NOTA: En caso de que el contratista ya tenga la póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL debe incluir textualmente como beneficiario la Entidad contratante
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONALES DE CLÍNICAS Y HOSPITALES	En una cuantía equivalente a (200) SMMLMV, por el término de vigencia del contrato a partir del perfeccionamiento. Este amparo cubre a la Entidad Estatal de eventuales reclamaciones de terceros derivadas de la responsabilidad extracontractual que surja de actuaciones, hechos u omisiones de su contratista NOTA: En caso de que el contratista ya tenga la póliza de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE CLINICAS Y HOSPITALES debe incluir textualmente como beneficiario la Entidad contratante
La Garantía Única debe presentarse con el comprobante de pago. En la póliza debe constar expresamente que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la cláusula penal pecuniaria convenida y debe constar que no expirará por falta de pago de la prima o revocatoria unilateral. La aseguradora debe renunciar al Beneficio de Excusión. La no constitución de las garantías dentro del plazo indicado, ni su renovación en caso de requerirse, facultará al DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE para dar por terminado el presente contrato, sin que tal determinación de lugar al pago de sumas de dinero por parte del DISPENSARIO MÉDICO SUROCCIDENTE por concepto de indemnización y/o incumplimiento del contrato; pero si respecto EL CONTRATISTA.	

Debe precisarse que en el marco de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de dichos servicios1, se encuentra regulada en el Capítulo 4, alusivo a Contratación, del Título 3, Prestadores de Servicios de Salud de la Parte 5, Reglas Para Aseguradores y Prestadores de Servicios de Salud del Decreto 780 de 20162, donde frente a lo consultado en los artículos 2.5.3.4.1, 2.5.3.4.2 y 2.5.3.4.5, se tiene lo siguiente: "Artículo 2.5.3.4.1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo." "Artículo 2.5.3.4.2. Campo de aplicación. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos"

Las vigencias de todos los amparos iniciaran con la fecha de la firma del contrato. El hecho de la constitución de estos amparos no exonera al CONTRATISTA de las responsabilidades legales en relación con los riesgos asegurados. Dentro de los términos estipulados en el contrato, ninguno de los amparos otorgados podrá ser cancelado o modificado sin la autorización expresa de la DMSOC.

"Artículo 2.5.3.4.5 Requisitos mínimos que se deben tener en cuenta para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios. Son requisitos, mínimos para la negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios los siguientes:
1. Por parte de los prestadores de servicios de salud:
a. Habilitación de los servicios por prestar.
b. Soporte de la suficiencia para prestar los servicios por contratar estimada a partir de la capacidad instalada, frente a las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población del contratante que va a ser atendida.
c. Modelo de prestación de servicios definido por el prestador.

d. Indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

El CONTRATISTA deberá mantener vigente las garantías, amparos y pólizas a que se refiere esta cláusula y serán de su cargo el pago de todas las primas y demás erogaciones de constitución, mantenimiento y restablecimiento inmediato de su monto, cada vez que se disminuya o agote por razón de las sanciones que se impongan.

Si el CONTRATISTA no modifica las garantías, éstas podrán variarse por la aseguradora o banco a petición del DMSOC y a cuenta del CONTRATISTA quien por la firma del contrato que se le adjudique autoriza expresamente a DMSOC para retener y descontar los valores respectivos de los saldos que hubiere a su favor, sin que por ello se entienda que el DMASOC asume la responsabilidad de la ampliación de los amparos y pago de las primas, los cuales son responsabilidad del contratista.

En la garantía debe constar que se ampara el cumplimiento del contrato, el pago de las multas y de la penal pecuniaria convenidas, además la aseguradora debe renunciar el beneficio de excusión.

Estos mecanismos de cobertura son requeridos por el DMSOC, teniendo en cuenta que el objeto de las mismas, sirven para respaldar el cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones que surgen a cargo del contratista frente a la administración y /o terceros, por razón de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

RESTABLECIMIENTO O AMPLIACIÓN DE LA GARANTÍA: De acuerdo con lo previsto en el **Art**. **2.2.1.2.3.1.18.** del Decreto 1082 de 2015 cuando el contratista incumpla su obligación de obtenerla, ampliarla o adicionarla deberá restablecerla a más tardar dentro de los cinco días siguientes al requerimiento efectuado por el Ordenador del Gasto o Competente Contractual. En su defecto, la administración se reserva el derecho de solicitar unilateralmente al garante el restablecimiento de la garantía única establecida, aspecto que deberá ser previamente consignado en el contrato.
El contratista deberá mantener indemne al MDN-EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC, de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa las actuaciones propias de éste, y que se originen como consecuencia de la celebración, ejecución y liquidación del contrato.

CLÁUSULA DECIMA. - SANCIONES: Las partes convienen en establecer las siguientes formas de sancionar el incumplimiento de las obligaciones recíprocamente adquiridas en virtud del presente contrato. Previo agotamiento del debido proceso establecido en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con lo preceptuado en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, para la imposición de multas por parte de la Administración así:

a). En el evento de presentarse retardo en, de conformidad con lo previsto en la cláusula del plazo de ejecución del presente contrato y con el fin de que el CONTRATISTA cumpla debidamente la ejecución del contrato, se impondrán multas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor del bien dejado de prestar por cada día de retardo y hasta por un plazo máximo de quince (15) días calendario en calidad de sanción por el simple hecho del incumplimiento. Esta sanción se impondrá conforme a la Ley. **b)** En el evento de presentarse la no recepción del bien, por no cumplir el mismo con las especificaciones técnicas del presente contrato, retrasando el mismo, se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor del bien dejado de prestar, por cada día de retardo y hasta por un plazo máximo de 15 días.
c) En el evento de que el contratista no desarrolle a tiempo las actividades señaladas en el cronograma que acompaña la oferta y demás obligaciones contractuales, se impondrán multas, cuyo valor se liquidará con base en el cero punto cinco por ciento (0.5%) del valor del bien cuya actividad no se haya desarrollado por cada día de retardo en la actividad y hasta por un plazo máximo de quince (15) días calendario en calidad de sanción.

d) La Entidad podrá declarar el incumplimiento del contrato con las consecuencias contempladas en el Artículo 17 de la Ley 1150 de 2007 y cuando no sean satisfechas cualquiera de las obligaciones a cargo del contratista. **PARÁGRAFO PRIMERO: PAGO DE LAS MULTAS:** El pago de las multas a que se refiere esta cláusula podrá exigirse por la vía ejecutiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, podrá descontarse de los saldos pendientes a favor del contratista y se tendrá en cuenta al momento de su liquidación. Para tal efecto EL CONTRATISTA autoriza al MDN – EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC para hacer los descuentos correspondientes. **PARÁGRAFO SEGUNDO: EXTENSIÓN PARA LAS DEMÁS OBLIGACIONES CONTRACTUALES**: Esta sanción puede hacerse efectiva por parte del M. D. N. - EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC, no sólo para la obligación de entregar el bien, sino para las demás obligaciones contractuales, especialmente si se trata de la obligación por parte del CONTRATISTA de suscribir las adiciones y/o modificaciones acordadas o cualquier otro acuerdo que conste en documento y que se perfeccione con la suscripción del mismo por las partes aquí involucradas. **PARÁGRAFO TERCERO: DEBIDO PROCESO:** Durante la ejecución del contrato, el MDN- EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC podrá hacer uso de las acciones sancionatorias previstas en el presente contrato, las cuales se adelantarán respetando el derecho al debido proceso consagrado en el Artículo 29 de la Constitución Política y en cumplimiento del procedimiento regulado en el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011. En todo caso, el MDN- EJERCITO NACIONAL- DMSOC PERSONAL, en el proceso sancionatorio que se adelante, brindará todas las garantías constitucionales y legales al CONTRATISTA para que ejercite su derecho a la defensa en audiencia y tenga la oportunidad de exponer las razones y/o motivos sobre los hechos generadores de la afectación de la ejecución contractual. En ningún caso procederá la imposición de sanción sin haberse brindado la oportunidad al CONTRATISTA de explicar las causas que impiden la ejecución normal y oportuna del contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA.- PENAL PECUNIARIA: Con el fin de sancionar al CONTRATISTA por el hecho de declararse la caducidad administrativa o el incumplimiento definitivo del contrato, previo agotamiento del debido proceso establecido en el artículo 17 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con el artículo 86 de la Ley 1474 de 2011, las partes convienen, como pena pecuniaria, la obligación del CONTRATISTA de pagar la suma equivalente al treinta por ciento (30%) del valor del contrato, sin perjuicio de que el CONTRATISTA deba cumplir con la obligación principal y de las acciones judiciales a que haya lugar cuando el perjuicio resulte mayor.

PARAGRAFO PRIMERO: NATURALEZA DE LA PENA: La suma anterior se pacta a título de pena no de indemnización, razón por la cual el M.D.N -EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC se reserva el derecho de reclamar al CONTRATISTA el pago de los perjuicios que su incumplimiento le hubiese ocasionado. El pago de la pena pecuniaria a que se refiere esta cláusula podrá exigirse por la vía ejecutiva. Si dicho pago no se hubiere efectuado durante el término de duración del contrato, sobre los saldos pendientes a favor del CONTRATISTA se tendrá en cuenta al momento de la liquidación y desde ya el CONTRATISTA autoriza su descuento.

PARAGRAFO SEGUNDO: RECURSOS INGRESAN AL TESORO NACIONAL: El valor de las sanciones por retardo y de la Cláusula Penal Pecuniaria a que se refiere tanto la cláusula de sanciones, como esta, ingresará al Tesoro Nacional, a través de la Tesorería Principal del Comando del Ejército.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. - CADUCIDAD ADMINISTRATIVA. Si se presenta algún hecho constitutivo de incumplimiento de las obligaciones a cargo del CONTRATISTA, que afecte de manera grave y directa la ejecución del contrato y evidencie que puede conducir a su paralización, el M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC podrá declarar la caducidad y ordenar la liquidación en el estado en que se encuentre, todo de conformidad con lo previsto en el artículo 18 de la Ley 80 de 1993. Así mismo, cuando se presente cualquiera de los eventos contemplados en los artículos 82 de la Ley 104 de 1993, modificada y prorrogada por la Ley 241 de 1995 en sus artículos 45 y 61 respectivamente y 25 de la Ley 40 de 1993, 90 y siguientes del capítulo II de

la Ley 418 de 1997, podrá declararse la caducidad del contrato en los términos allí señalados. La liquidación se realizará de conformidad con lo previsto en los artículos 60 y siguientes de la Ley 80 de 1993.

CLAUSULA DECIMA TERCERA. - SUJECION A LA LEY COLOMBIANA: Para cualquier efecto que dé lugar al incumplimiento de este contrato se someterá a la Ley Colombiana y a las autoridades legales preestablecidas. EL CONTRATISTA renuncia expresamente desde ahora
a intentar reclamación diplomática en lo pertinente a las obligaciones y derechos originados en el presente contrato, salvo en el caso de denegación de justicia cuando el CONTRATISTA ha tenido expeditos los recursos y medios de acción que, conforme a las leyes colombianas, puedan emplearse ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

CLAUSULA DECIMA CUARTA. -CONTROL DE PAGOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y RIESGOS LABORALES: EL CONTRATISTA deberá enviar, junto con la factura, copia de los documentos que prueben que ha cumplido con sus obligaciones frente al sistema de seguridad social integral y riesgos laborales. En caso de incumplimiento de estas obligaciones, LA ENTIDAD podrá imponer multas sucesivas, a partir del mes siguiente al
incumplimiento, equivalentes al 1% del valor del contrato, sin que el total de estas multas sobrepase el 10% del valor total de mismo, previa verificación de la mora mediante liquidación efectuada por LA ENTIDAD administradora.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA. - CONFIDENCIALIDAD Y ACUERDO DE NO REVELACIÓN: El CONTRATISTA y CONTRATANTE se comprometen a guardar absoluta reserva sobre toda la información que conozcan o le sea dada a conocer por las partes, con ocasión del desarrollo del presente contrato. Para asegurar el cumplimiento de la obligación estipulada en esta cláusula. EL CONTRATISTA y CONTRATANTE se obliga a devolver, una vez finalizado el contrato, todos los documentos que se le hayan facilitado con ocasión del mismo. En todo caso, si EL CONTRATISTA utilizare la información para su propio provecho, distinto al objeto de este contrato o para entregarla o darla a conocer a terceros, será responsable por todos los perjuicios que le cause a LA ENTIDAD y deberá, por lo tanto, indemnizarla, previa verificación de lo anterior por parte de LA ENTIDAD. Igualmente, esto será causal para que LA ENTIDAD dé por terminado el contrato.

PARÁGRAFO: El contratista se obliga a limitar el acceso y uso de la información exclusivamente a aquellos empleados suyos, proveedores, auditores o consultores que se requieran dicha información para el cumplimiento del objetivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA. - OTRAS FACULTADES EXCEPCIONALES: En caso de presentarse cualquiera de las circunstancias establecidas en los artículos 15, 16 y 17 de la Ley 80 de 1993, EL M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL podrá hacer uso de las facultades excepcionales allí
previstas. En el caso de la interpretación y de la modificación unilateral el M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL-DMSOC informará al CONTRATISTA sobre estas circunstancias de conformidad con lo establecido en los artículos pertinentes ya citados, y este contará con un término de cinco (5) días hábiles para presentar sus observaciones; posteriormente las partes dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes intentarán llegar a un acuerdo. Si ello no fuere posible se dará cumplimiento a lo establecido en los artículos que regulan la materia en la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA. - APLICACIÓN DE NORMAS GENERALES: Este contrato se regula, además de sus estipulaciones por las leyes civiles y mercantiles colombianas que correspondan a su esencia y naturaleza.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA- SOLUCIÓN DE CONFLICTOS: Conforme al artículo 68 de la Ley 80 de 1993, las partes se comprometen a utilizar los mecanismos de solución previstos en la mencionada ley. Dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la presentación del conflicto las partes se reunirán para solucionarlo, para lo cual el M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC fijará fecha, hora y lugar; si existe acuerdo levantarán acta donde conste lo acordado; si subsiste el conflicto, el mecanismo para solucionarlo sea escogido dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. Para dicha escogencia se tendrán en cuenta las características y condiciones especiales de cada conflicto, a fin de evitar dilaciones injustificadas que afecten la ejecución del contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA - CESIÓN: Por tratarse de un contrato intuito-persona el CONTRATISTA no podrá ceder el presente contrato en todo, ni en parte a persona alguna, natural o jurídica, nacional o extranjera sin el consentimiento previo, expreso y escrito del M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL- DISAN - DMNSOC, no quedando este obligado a dar las razones que le asistan para negarlo

CLÁUSULA VIGESIMA - CESIÓN DE LOS DERECHOS DE CONTENIDO PATRIMONIAL: En caso de que **EL CONTRATISTA** decida efectuar una cesión y/o pignoración de los derechos económicos de contenido patrimonial derivados del presente contrato, deberá solicitar su aceptación y notificación por parte del **MDN-EJÉRCITO NACIONAL-** DMSOC, con fundamento en los artículos 1.959 y siguientes del Código Civil, en concordancia con los artículos 651 y siguientes del Código de Comercio. **EL CONTRATISTA**, deberá anexar como mínimo los siguientes documentos**: 1)** Contrato de cesión y/o pignoración de derechos económicos del contrato objeto de la cesión, firmado por el cesionario y el cedente donde se relacione en forma explícita lo siguiente: **a)** Valor de la cesión**, b)** Especificar si la cesión obedece al contrato principal y/o contratos adicionales**, c)** Aceptación por parte del cesionario de los descuentos de Ley cuando aplique. **2)** Acta de junta de socios o documento consorcial, en donde se autorice al representante legal de la figura correspondiente para efectuar la cesión**. 3)** Certificado de existencia y representación Legal del cesionario y el cedente cuando se trate de persona jurídica y/o certificado de inscripción cuando se trate de persona natural expedido por la Cámara de Comercio del domicilio correspondiente. **4)** Certificación bancaria con número de cuenta y beneficiario donde se deben consignar los valores cedidos. **5**) Declaración bajo juramento del cesionario en la cual se exprese el cumplimiento de lo previsto en el Decreto 4334 de 2008 en concordancia con el Decreto 1981 de 1988. **6.)** Oficio dirigido al Ordenador del Gasto, indicando el valor cedido y aportando los anteriores documentos. **PARÁGRAFO ÚNICO: SUJECIÓN A LA FORMA DE PAGO**: La entidad financiera, bancaria, persona natural o jurídica debe supeditarse a la forma de pago establecida en el presente contrato. En el monto a ceder tener en cuenta los descuentos de ley, tales como **RETEIVA, RETEFUENTE Y RETEICA**, si hay lugar a ellos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA- ADICIONES, MODIFICACIONES AL CONTRATO, CONTRATO DE TRANSACCIÓN, COMPENSACIÓNES O ACUERDOS: El CONTRATISTA estará obligado a suscribir las modificaciones acordadas entre las partes, para efectos de garantizar la ejecución y el cumplimiento idóneo y oportuno del objeto contratado, dentro de los cinco (5) días siguientes al requerimiento por parte del M.D.N. - EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC. En caso de incumplimiento de dicha obligación, el M. D. N - EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC, podrá hacer efectivas las sanciones señaladas en el presente contrato, es decir, las sanciones por retardo o la penal pecuniaria, indicadas en la cláusula décima primera y décima segunda del presente contrato. En el evento en que dicho incumplimiento genere la paralización del contrato, el M.D.N. - EJÉRCITO NACIONAL, podrá hacer efectiva la cláusula décima segunda, caducidad administrativa, de conformidad con la ley.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA- SUPERVISIÓN.

1. Será nombrada a **CT JESSEI KATHERINE FUENTES PINZÓN** identificada con **C.C 1010191068** directora ESM BAS01 y/o quien haga sus veces, funcionario que tenga conocimientos en la y en las especificaciones técnicas, de acuerdo con la naturaleza de este contrato. En cumplimiento de lo anterior y para garantizar la

ejecución satisfactoria del contrato la Entidad designará a este funcionario una vez adjudicado el contrato, quien llevará a cabo el seguimiento y el control del contrato de conformidad con lo dispuesto de la Ley 1474 de 2011.
2. El cumplimiento del Control de Ejecución deriva las responsabilidades previstas en los artículos 51 y 53 de la Ley 80 de 1993 y las contenidas en el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011. Los responsables del Control de Ejecución tendrán a su cargo las siguientes funciones
3. Elaborar el documento o suscribir el acta de iniciación del contrato cuando sea del caso.
4. Suscribir las actas de recibo final del bien contrato.
5. Rechazar el bien que a su criterio no cumplan las normas técnicas descritas en el presente contrato.
6. Rendir informes cuando lo considere necesario, al Ministerio de Defensa (Ordenador Del Gasto) sobre la ejecución del contrato.
7. Verificar la correcta ejecución y cumplimiento del contrato.
8. Exigir el cumplimiento del contrato en todas y cada una de sus partes.
9. Atender y resolver en coordinación con el Ministerio de Defensa todas las consultas sobre omisiones, errores, discrepancias o aclaraciones y complemento en los aspectos técnicas, descritos en las normas técnicas que rigieron el proceso de contratación.
10. Verificar y dejar constancia del cumplimiento de las obligaciones parafiscales de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, En caso contrario deberá dar aviso de esta circunstancia al área de contratos del Ministerio.
11. Verificar que las garantías que ampara el cumplimiento total del contrato se encuentren vigentes e informaren su oportunidad al Ministerio sobre los inconvenientes presentados.
12. Todas las demás atribuciones que se contemplen en los documentos del contrato.
13. Exigir el cumplimiento de las obligaciones técnicas descritas en el contrato.
14. Realizar reunión mensual con el contratista y ordenador del gasto para evaluar y dar solución a las observaciones y novedades que sucedan en desarrollo del contrato.
15. Realizar control permanente del consumo y ejecución del contrato, a fin de informar oportunamente al ordenador del gasto las novedades financieras del mismo.
16. Glosar los incumplimientos generados por el contratista, hasta tanto no sean subsanados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA – OTRAS OBLIGACIONES Y PROHIBICIONES DEL CONTRATISTA:
Además de las obligaciones inherentes al presente contrato, el contratista se compromete a:
1. Suministrar oportunamente todos los informes que requiera el supervisor, necesarios para cumplir con los programas, plazos y especificaciones técnicas del objeto del contrato.
2. Dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por el supervisor y los documentos del contrato.
3. Para el ejercicio del objeto de contrato, cumplir con la normatividad en Salud (Leyes, Decretos, tratados del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía y Resoluciones Ministeriales), Administrativa, Contable, Fiscal y Financiera, de la facturación médica con cargo a la DMSOC como Unidad Ejecutora.
4. No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del DMSOC – o participantes directas o indirectamente en cualquier momento u oportunidad, antes, durante o después de la suscripción del presente contrato.
5. Entregar documentación pertinente al objeto del contrato.
6. No suministrar a terceros la información técnica, administrativa y/o financiera del contrato.
7. Asistir a las citaciones del DMSOC en forma verbal o por escrito. El retardo o la mora en el cumplimiento se entenderá cuando la administración o la supervisión del contrato haya señalado plazos fijos, ciertos y determinados para cumplir aún sin requerir solicitud escrita.
8. Para la Ejecución del contrato y cada mes durante la vigencia del contrato, y al momento de la liquidación de este, entregar los recibos de pago de seguridad social integral y riegos laborales
9. Certificar una cuenta de ahorros o corriente para efectos del pago del contrato.
10. Cumplir con el objeto del presente contrato de conformidad con las solicitudes que le formule el DMSOC.

11. Deberá dar cumplimiento a las obligaciones determinadas en los documentos precontractuales al igual que las ofertadas en su correspondiente ofrecimiento.
12. Cumplir con el objeto del presente contrato con plena autonomía técnica y administrativa y bajo su propia responsabilidad. Por lo tanto, no existe ni existirá ningún tipo de subordinación, ni vínculo laboral alguno del CONTRATISTA con el Ministerio de Defensa Nacional Ejército Nacional Dirección de Sanidad DMSOC.
13. Actuar con lealtad y buena fe en las distintas etapas contractuales y en general se obliga a cumplir con lo establecido en la Ley 80 de 1993, Ley 1150 de 2007 y Decreto 1082 de 2015.
14. Responder por sus actuaciones y omisiones derivados de la celebración del presente contrato y de la ejecución de este, de conformidad con lo establecido en la ley 80 de 1993.
15. Todas las demás en cumplimiento a las normas legales vigentes.
16. Elaborar las actas de entrega satisfacción firmada por el usuario o cuidador, de los elementos de alto costo y alta tecnología con el correspondiente nombre completo del usuario documento de identidad, producto de apoyo en salud entregado, con número de identificación serial y numero de contrato.
17. Las demás que se encuentren en el Estudio Previo y /o Pliego de condiciones.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: OBLIGACIONES DEL M.D.N. – EJÉRCITO NACIONAL – DISAN - DMSOC

1. Aprobar el plan de trabajo y el cronograma presentados por EL CONTRATISTA, cuando a ello hubiere lugar.

2. Ejercer el control sobre el cumplimiento del contrato a través del supervisor designado para el efecto, exigiendo al CONTRATISTA, la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado.

3. Acudir ante las autoridades para obtener la protección de los derechos derivados de la presente contratación y sanción para quién los vulnere.

4. Exigir al CONTRATISTA la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado. Para el efecto el supervisor adelantará el seguimiento y verificación de las estipulaciones contractuales a cargo del contratista, el cual se verá reflejado en los informes de ejecución y supervisión parcial y final, dependiendo de que se trate, los cuales deberán ser cargados en la plataforma de SECOP II.

5. Impartir las instrucciones que sean del caso, relacionadas con las actividades a realizar por EL CONTRATISTA.

6. Poner a disposición de EL CONTRATISTA toda la información necesaria para el desarrollo de las actividades.

7. Adelantar las gestiones necesarias para el reconocimiento y cobro de las sanciones pecuniarias, para lo cual la supervisión dará aviso oportuno a LA DMSOC sobre la ocurrencia de hechos constitutivos de mora o incumplimiento.

8. Adelantar las acciones conducentes a obtener la indemnización de los daños que sufran en desarrollo o con ocasión de la presente contratación.

9. Repetir contra los servidores públicos, EL CONTRATISTA o terceros por las indemnizaciones que deba pagar como consecuencia del contrato.

10. Participar en las reuniones, encuentros o comités, según corresponda, que se desarrollen en ejecución del contrato, cuando a ello hubiere lugar.

11. Pagar al CONTRATISTA el valor del contrato, de acuerdo con lo establecido en el Estudio Previo y en el mismo contrato, dentro de los plazos y con las condiciones establecidas. Para el efecto, el DMSOC a través de la supervisión y atendiendo la naturaleza y prestaciones de la relación negocial, procederá a

establecer el plan de pagos del contrato considerando para el efecto el porcentaje de ejecución del mismo, el cual se verá reflejado en la plataforma SECOP II.

12. Verificar, como requisito para cada pago, el cumplimiento del CONTRATISTA frente a las obligaciones que le correspondan con el sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales, pago de salarios, subsidios, prestaciones sociales y aportes parafiscales (SENA, ICBF, Cajas de Compensación y Subsidio Familiar) de todos sus empleados y, en especial, del personal destinado para el cumplimiento del objeto del contrato, de conformidad con la normatividad vigente.

13. Impartir aprobación de la facturación o documento equivalente presentada en físico y a través de la plataforma SECOP II por parte del CONTRATISTA, previa verificación del cumplimiento de lo establecido en la cláusula correspondiente a la forma de pago y demás relacionados.

14. Verificar el cumplimiento debido de las obligaciones post-liquidación, cuando hubiere lugar.

15. Liquidar el contrato, dentro de los plazos y en las condiciones establecidas en la Ley y el mismo contrato, cuando a ello hubiere lugar.

16. Adelantar el cierre del expediente contractual conforme lo establece el artículo 2.2.1.1.2.4.3. del Decreto 1082 de 2015, cuando hubiere lugar.

17. Llevar a cabo el tratamiento establecido para los riesgos asignados.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA. - LIMITACIONES DEL SUPERVISOR: El Supervisor no estará facultado, en ningún momento, para adoptar decisiones que impliquen la modificación de los términos y condiciones previstos en el presente contrato, las cuales únicamente podrán ser adoptadas por los representantes legales de las partes, mediante la suscripción de modificaciones al contrato principal

CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA. - REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO Y EJECUCIÓN: Para el perfeccionamiento de este contrato, se requiere del acuerdo sobre el objeto y la contraprestación y la firma del mismo por las partes. Para la ejecución de este contrato se requiere la expedición del registro presupuestal y constitución de la garantía única por parte del CONTRATISTA y aprobación de las mismas por el MDN - EJERCITO NACIONAL – Ordenador del Gasto.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA - FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO: Las partes no serán responsables ni se considera que han incurrido en incumplimiento de sus obligaciones, si se presentaren durante su ejecución circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito, de conformidad con las definiciones del artículo 1° de la Ley 95 de 1890. Este caso fortuito o fuerza mayor, en el evento de presentarse, deberá ser debidamente probado. La parte que llegare a alegar fuerza mayor o caso fortuito, estará obligada a comunicar por escrito a la otra tales circunstancias, acompañando la exposición de los motivos correspondientes. Tal notificación se presentará dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia de las posibles causas de la demora. Asimismo, se acompañará a la mencionada comunicación todos los documentos de soporte debidamente legalizados que acrediten o justifiquen la demora ocasionada por la fuerza mayor o caso fortuito, manifestando el tiempo dentro del cual cumplirá su obligación. En caso de persistencia de la causal de fuerza mayor o caso fortuito, la parte que alega tales hechos informará dicha circunstancia o circunstancias cada quince (15) días calendario hasta por un término máximo de sesenta (60) días calendario: vencidos los cuales se podrá dar por terminado el contrato por medio de un acto administrativo de terminación, el cual será debidamente notificado sin que haya lugar a sanción alguna para la contraparte. Cuando las circunstancias de fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobadas no excedieren de sesenta (60) días, se levantará un acta suscrita por las partes contratantes con el fin de suspender los términos del contrato y desaparecida la causal de fuerza mayor o caso fortuito, se reiniciará la ejecución del contrato mediante acta suscrita entre las partes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA -LIQUIDACIÓN: Para dar cumplimiento a lo normado en los artículos 60 de la Ley 80 de 1993 en lo no derogado y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007, si es procedente la liquidación, las partes aquí contratantes acuerdan el siguiente procedimiento:a)Dentro de los cuatro (4) meses siguientes a la expiración del término de ejecutoria del contrato, o de la ejecutoria del acto administrativo que haya ordenado la terminación del contrato, o de la suscripción del acuerdo de terminación del mismo, el M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC por intermedio del ordenador del gasto convocará al CONTRATISTA y al INTERVENTOR mediante citación escrita para que se presente a la entidad dentro de los cinco días hábiles siguientes a la citación, en el lugar, fecha y hora que allí se señale, con el fin de proceder de común acuerdo a liquidar el contrato; para tal efecto el CONTRATISTA deberá traer definidos todos los aspectos que considere deben ser tenidos en cuenta dentro del acto de liquidación. En la misma forma deberá proceder el M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL- DMSOC. Si el CONTRATISTA no compareciere a la citación y no justifica su inasistencia, se entenderá que no tiene interés en liquidar de común acuerdo el contrato, que está renunciando a dicha etapa y en consecuencia el M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL procederá a liquidarlo unilateralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al vencimiento del plazo antes mencionado. **b)** Una vez conocidos por las partes los aspectos que cada una considera deben ser incorporados a la liquidación del contrato, procederán a estudiarlos y discutirlos dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes. Si del estudio y discusión surgieren discrepancias entre las partes que ameriten por parte del M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL realizar consultas, pruebas o comprobaciones de carácter técnico o de cualquiera otra naturaleza, dicho término se adicionará en quince (15) días hábiles. **c)** Efectuadas las consultas, pruebas o comprobaciones, el M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL convocará al CONTRATISTA y se las dará a conocer con el fin de que sean discutidas entre las partes, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. **d)** Vencido el término anterior, si aún subsistieren discrepancias entre las partes contratantes, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes levantarán y suscribirán un acta, donde consten los acuerdos a que hayan llegado y los desacuerdos existentes. En el evento de no existir discrepancias, dentro del mismo término procederán a elaborar y suscribir el acta de liquidación del contrato.
e) Cuando lo consignado por las partes; ya sea en el documento de liquidación del contrato o en el acta que contienen los desacuerdos existentes entre las mismas, deba ser sometido a la aprobación y firma de otras instancias adicionales, diferentes a aquellas a las cuales pertenecen los funcionarios del M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL que intervinieron en la discusión y estudio de la liquidación del contrato, el término previsto en el literal anterior se aumentará en veinticinco (25) días hábiles y los documentos que hayan suscrito las partes en los aspectos que comprometan al M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL en obligaciones y responsabilidades, se entenderán como provisionales; solamente tendrán el carácter de definitivos y obligatorios cuando hayan sido aprobados y suscritos por las instancias adicionales aquí referidas.

CLÁUSULA VIGÉSIMA NOVENA. - DOCUMENTOS: Forman parte integrante del presente contrato todos los documentos aquí relacionados, los cuales se anexan, y entre los que están: a) El estudio previo que antecede el proceso de selección. b) Certificado de Disponibilidad presupuestal, amparados en el certificado No. 12826 de fecha 18 de febrero 2026, bajo el rubro presupuestal A-02-02-02-009-003 (SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES) RECURSO 16 SSF expedido por el responsable del área presupuestal del Dispensario Médico Sur Occidente "Héroes de Sumapaz" c) DOCUMENTOS DENTRO DEL **PROCESO DE CONTRATACION DIRECTA No. 389 -DISANEJEC-DMSOC-2026** d) La oferta del CONTRATISTA. e) Los demás documentos que se relacionen con el presente contrato y en la carpeta maestra del proceso.

CLÁUSULA TRIGESIMA- CLAUSULA CONTRACTUAL DE CATALOGACIÓN CODIGOS NOC (Cuando aplique) El contratista adjudicatario deberá proporcionar en medio magnético y físico a la unidad ejecutora una lista de los bienes adjudicados, con la información técnica necesaria para la identificación de los artículos incluidos en el objeto del contrato, con el fin de actualizar la catalogación OTAN con sus códigos NOC (National Stock Number), así: 1.1 Nombre técnico del artículo asignado por el fabricante // Se debe asignar el nombre o denominación otorgado por el fabricante del o los artículos a suministrar. 1.2 Numero de parte, referencia,

modelo asignado por el fabricante // Número de identificación asignado por el fabricante. 1.3 Ficha técnica del bien // Documento en forma de sumario que contiene la descripción de las características de un objeto, material, proceso o programa de manera detallada. En este se describe técnicamente el artículo. 1.4 Catálogo de partes // Documento que contiene la relación ordenada de los elementos pertenecientes a un mismo objeto a adquirir cuando este está compuesto por varias partes las cuales se deben relacionar para facilitar su localización. 1.5 Numero OTAN (National, stock, number) en caso de que los artículos a suministrar se encuentren catalogados, el estructurador debe consultar el catálogo de referencia de la OTAN para identificar si el artículo ya se encuentra catalogado. 1.6 La unidad ejecutora estipula la viabilidad de requerir los planos de ingeniería, dibujos técnicos o manual del fabricante de los bienes a adquirir de acuerdo a su necesidad. 1.7 Caducidad del bien a suministrar // hace referencia a la fecha de fabricación y fecha de vencimiento del artículo en el caso que aplique. 1.8 Equipo al que pertenece el bien a suministrar // en caso de que el articulo o bien a suministrar haga parte de un equipo o un sistema mayor, se debe entregar la identificación de ese equipo o sistema. 1.9 Disposición final al término del ciclo vida del bien a suministrar // relacionar las instrucciones claras para disposición final y definitiva del artículo, tratamiento que se le debe aplicar como residuo. 1.10 Condiciones de embalaje, almacenamiento y transporte del bien a suministrar // la descripción del acondicionamiento del artículo para proteger las características y la calidad de los productos que contiene, durante su manipulación y transporte.

CLAUSULA TRIGÉSIMA PRIMERA - RIESGOS CONTRACTUALES PREVISIBLES, De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley 1150 de 2007, el Decreto 1082 de 2015, y el manual de aplicación que sobre este respecto emitió Colombia compra Eficiente, los riesgos del presente contrato son los previstos en la solicitud de oferta del proceso de Contratación Directa 389-DISAN/DMSOC-2026.

CLAUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA: Las partes contratantes declaran que, para todos los efectos legales y extrajudiciales que se deriven del presente contrato fijan la ciudad de Bogotá, Colombia como su domicilio.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCERA- DECLARACIÓN EXPRESA DE NO ESTAR INCURSO EN INHABILIDAD O INCOMPATIBILIDAD: El CONTRATISTA declara bajo juramento, que no se halla incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o de incompatibilidad contempladas en el artículo 127 de la Constitución Política y 8º de la Ley 80 de 1993, Artículo 18 de la Ley 1150 de 2007 y que no se encuentra incurso en proceso de concordato o acuerdo de recuperación o concurso liquidatario, según Leyes 222 de 1995 y 550 de 1999.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA CUARTA- INDEMNIDAD. - El contratista se compromete a mantener indemne a la Entidad frente a reclamaciones de terceros por hechos relacionados con la ejecución del contrato.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUINTA. - VEEDURÍAS CIUDADANAS: el presente contrato está sujeto a la vigilancia y control ciudadano, en los términos que señala el artículo 66 de la Ley 80 de 1993.

CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEXTA. – DEMÁS ESTIPULACIONES: Hacen parte integral del presente contrato lo señalado en los estudios previos, en la invitación pública, la oferta presentada y en los principios que regla la contratación estatal

En constancia se firma el presente contrato en Bogotá, a los quince (15) días del mes de abril 2026.

POR EL M.D.N - EJÉRCITO NACIONAL –DISAN – DMSOC

Mayor EMMANUHELA RESTREPO CELIS
CC 36.307.473 de Tarqui (Huila)
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO - ORDENADORA DEL GASTO DMSOC
NIT 901.540.992-6

POR EL CONTRATISTA,

ANA MARITZA DAVILA BARÓN
C.C 33.367.116
DE TUNJA
REPRESENTANTE LEGAL E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRÁ
NIT 891.800.395-1

COMITE EVALUADOR	COMITE ADQUISICIONES
PD. GLORIA ALEXANDRA SUÁREZ CUADROS Comité Jurídico Evaluador	**PS SUSAN CARDENAS LETRADO** Jurídico DMSOC
PS MATEO ROBLES GOYES Comité Económico Evaluador	**CT DEYSI VIZCUERDO CARRIDO** Jefe de Planeación DMSOC
SP HAROLD JOVANNY RODRIGUEZ Comité Técnico Evaluador	**SV LUIS ANDERSON SANCHEZ** Jefe de Presupuesto DMSOC
APROBÓ	
CT. STANLY RODRIGUEZ PEÑA Oficial sección de Contratos DMSOC REG-9	**MY ZANDRA CAROLINA SILVA** Gerente de Proyecto
NOTIFICADO	
JESSEI KATHERINE FUENTES PINZÓN SUPERVISOR DE CONTRATO	