6603	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$119,796
6604	894104	PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS	$441,300
6605	894401	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$128,760
6606	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	$106,967
6607	894403	PRUEBA DE 12 MINUTOS [COOPER]	$518,717
6608	894501	COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL	$232,100
6609	894701	COMPROBACIÓN DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL	$65,801
6610	894801	COMPROBACIÓN DE UMBRAL DE TENSIÓN (AMPERAJE) DE MARCAPASO ARTIFICIAL	$65,801
6611	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	$198,464
6612	895002	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE EVENTOS	$207,772
6613	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	$263,250
6614	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	$185,639
6615	895005	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL	$207,772
6616	895006	MONITOREO CARDÍACO CON TRANSMISIÓN REMOTA	$1,984,600
6617	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	$21,536
6618	895201	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN (ESTUDIO DE POTENCIALES TARDÍOS)	$129,329
6619	895301	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)	$223,800
6620	895401	MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (TELEMETRÍA)	$91,033
6621	895501	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS	$50,375
6622	895701	APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG)	$375,682
6623	895801	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNÓSTICO	$397,490
6624	895901	MEDICIÓN DE PRESIÓN DE MUÑÓN CAROTÍDEO	$218,240
6625	895902	MEDICIÓN DE SATURACIÓN VENOSA CEREBRAL	$997,300
6626	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$228,659
6627	895910	PRUEBAS DE FUNCIÓN AUTONÓMICA CARDIOVASCULAR	$299,488
6628	895911	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES VOLUMÉTRICAS INTRATORÁCICAS (CARDIOIMPEDANCIA)	$209,321
6629	895912	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES DE PRESIONES CENTRALES	$209,321
6630	895913	MEDICIÓN NO INVASIVA DE RIGIDEZ VASCULAR	$53,768
6631	896001	COLOCACIÓN DE CATÉTER (FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO)	$207,772
6632	896101	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)	$206,806
6633	896201	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL	$723,900
6634	896301	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR	$11,000,000
6635	896401	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE CAPILAR PULMONAR	$723,900
6636	896501	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA VÍA ABIERTA	$209,321
6637	896502	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA MÍNIMAMENTE INVASIVA	$209,321
6638	896701	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO	$723,900
6639	896801	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON SONDA ESOFÁGICA	$209,321
6640	896802	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON IMPEDANCIA TORÁCICA	$209,321
6641	896803	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR ANÁLISIS DE CURVA DE PRESIÓN ARTERIAL	$209,321
6642	896901	MONITORIZACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO	$7,647,544
6643	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$11,964
6644	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$47,804
6645	898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	$36,313
6646	898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA [ACAF] DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO	$48,042
6647	898004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	$91,706

6648	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUIMICA (ESPECÍFICO)	$79,261
6649	898014	ESTUDIO ANATOMOPATÓLOGICO EN CITOLOGIA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN POR INMUNOFLUORESCENCIA	$121,247
6650	898017	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA POR TINCIÓN DE HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$56,753
6651	898018	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA O MIELOGRAMA POR INMUNOHISTOQUÍMICA (MARCADOR ESPECÍFICO) "	$25,170
6652	898020	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA DE OTRO ESPÉCIMEN POR MÉTODO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,600
6653	898030	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN CITOLOGÍA	$95,800
6654	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	$55,502
6655	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	$305,517
6656	898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	$74,771
6657	898221	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	$83,760
6658	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	$162,237
6659	898261	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	$186,900
6660	898304	ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM DE FETO Y PLACENTA	$89,940
6661	898801	ESTUDIO POR CONGELACIÓN	$112,406
6662	898802	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO MOLECULAR (ESPECÍFICO)	$296,997
6663	898803	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE INMUNOMARCACIÓN CITOMÉTRICA DE FLUJO (ESPECÍFICO)	$976,274
6664	898804	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE ULTRAESTRUCTURA O MICROSCOPÍA ELECTRÓNICA (ESPECÍFICO)	$578,471
6665	898805	VERIFICACIÓN INTEGRAL SIN PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA	$332,100
6666	898806	VERIFICACIÓN INTEGRAL CON PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA	$332,100
6667	898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)	$556,279
6668	898808	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR TINCIÓN HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$139,707
6669	898809	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR INMUNOFLUORESCENCIA (ESPECÍFICO)	$121,410
6670	898810	ESTUDIO MACROSCÓPICO DE MATERIAL BIOLÓGICO O NO BIOLÓGICO	$449,600
6671	898811	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE HIBRIDACIÓN "IN SITU" (ESPECÍFICO)	$704,754
6672	898812	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA ESPECIAL (ESPECÍFICO)	$472,007
6673	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$15,992
6674	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$26,256
6675	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$26,256
6676	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$47,800
6677	901005	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN	$68,355
6678	901006	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E -TEST	$47,800
6679	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$72,936
6680	901008	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$41,462
6681	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ÁCIDO BORÓNICO)	$16,742
6682	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL -RESISTENTE [ZIEHL -NEELSEN]	$9,336
6683	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$8,065
6684	901103	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$4,777
6685	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$7,978
6686	901105	COLORACIÓN FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	$4,991
6687	901106	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA	$4,991

6688	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$4,768
6689	901108	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	$18,753
6690	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	$18,304
6691	901110	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA	$37,680
6692	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH - NEELSEN) LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$24,249
6693	901201	Actinomyces CULTIVO	$48,136
6694	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$51,218
6695	901203	Brucella CULTIVO	$51,218
6696	901204	Clostridium botulinum CULTIVO	$51,218
6697	901205	Clostridium difficile CULTIVO	$10,654
6698	901206	COPROCULTIVO	$19,533
6699	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO	$51,218
6700	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	$22,667
6701	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$19,904
6702	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$22,584
6703	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA	$72,561
6704	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$50,803
6705	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$44,666
6706	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA	$55,459
6707	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$48,902
6708	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$59,363
6709	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$24,772
6710	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	$45,675
6711	901219	CULTIVO PARA VIRUS	$91,347
6712	901220	Helicobacter pylori CULTIVO	$51,218
6713	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$46,837
6714	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$38,672
6715	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$72,936
6716	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$53,919
6717	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$12,864
6718	901226	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACIÓN	$51,457
6719	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$51,457
6720	901228	Legionella CULTIVO	$51,218
6721	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$80,564
6722	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$84,337
6723	901231	Mycoplasma CULTIVO	$15,572
6724	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$31,194
6725	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$44,722
6726	901234	Nocardia spp CULTIVO	$47,800
6727	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$46,773
6728	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$43,147
6729	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	$40,523
6730	901238	Yersinia enterocolítica CULTIVO	$51,218
6731	901239	Trichomona CULTIVO	$31,341
6732	901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO	$31,341
6733	901241	Campylobacter spp CULTIVO	$51,457

6734	901242	Corynebacterium difteriae PRUEBA DE TOXIGENICIDAD	$15,495
6735	901302	Demodex EXAMEN DIRECTO	$10,805
6736	901303	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	$29,442
6737	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$11,320
6738	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$4,952
6739	901306	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLÚOR	$3,636
6740	901307	HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	$116,300
6741	901309	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$19,154
6742	901310	Leishmania TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA	$20,855
6743	901311	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	$20,016
6744	901312	Listeria SEROTIPIFICACIÓN	$20,757
6745	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$300,778
6746	901315	Mycobacterium leprae DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO AUTOMATIZADO	$304,300
6747	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$63,348
6748	901318	Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	$19,138
6749	901319	Shiguella SEROTIPIFICACIÓN	$19,232
6750	901320	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN	$19,049
6751	901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$25,328
6752	901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN	$12,854
6753	901323	Mycobacterium leprae PRUEBA DE VÍABILIDAD	$21,950
6754	901324	Filaria EXAMEN DIRECTO	$10,501
6755	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$10,805
6756	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$17,748
6757	901502	Clostridium TOXINA	$137,635
6758	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$94,029
6759	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$65,141
6760	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	$98,517
6761	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$58,780
6762	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$60,877
6763	902008	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) MANUAL	$26,835
6764	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$54,486
6765	902010	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA	$43,772
6766	902011	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	$54,564
6767	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	$3,835
6768	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	$47,590
6769	902015	FACTOR III PLAQUETARIO	$25,392
6770	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	$70,928
6771	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$81,383
6772	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$39,218
6773	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$73,230
6774	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$100,757
6775	902021	FACTOR XI [PTA]	$79,454
6776	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$23,191
6777	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	$107,452
6778	902024	FIBRINÓGENO	$9,368
6779	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	$59,363
6780	902028	PLASMINA [FIBRINOLISINA]	$5,578
6781	902029	PLASMINÓGENO	$25,684
6782	902030	PRECALICREÍNA	$38,341
6783	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	$61,070
6784	902032	PROPERDINA FACTOR B	$38,163

6785	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$50,770
6786	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$78,106
6787	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$74,547
6788	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$97,874
6789	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$74,201
6790	902038	PRUEBA DE PROTAMINA	$22,975
6791	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$68,866
6792	902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO	$3,518
6793	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN	$17,696
6794	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$10,129
6795	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$12,024
6796	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$9,600
6797	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$20,249
6798	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$15,016
6799	902050	HEPARINA COFACTOR II	$15,600
6800	902052	CRIOFIBRINÓGENO	$10,767
6801	902053	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	$44,100
6802	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$46,900
6803	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$59,640
6804	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$43,600
6805	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$43,600
6806	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$43,600
6807	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$84,838
6808	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$43,600
6809	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$43,600
6810	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$43,600
6811	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$22,500
6812	902067	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A COLÁGENO: (VWF:CB)	$661,238
6813	902068	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$661,238
6814	902069	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$573,362
6815	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$295,994
6816	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$134,489
6817	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	$662,338
6818	902074	ANTÍGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$43,600
6819	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$43,600
6820	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	$21,931
6821	902101	CÉLULAS L.E.	$8,389
6822	902102	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$7,230
6823	902103	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA	$20,200
6824	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$52,181
6825	902105	DIMERO D MANUAL	$28,786
6826	902106	ERITROPOYETINA	$64,779
6827	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	$6,423
6828	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$41,246
6829	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$44,541
6830	902110	HEMOGLOBINA A 2	$26,568
6831	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$4,685
6832	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$11,843
6833	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$17,366

6834	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$11,787
6835	902115	HEMÓLISIS ÁCIDA (PRUEBA DE HAM)	$8,420
6836	902116	HIERRO MEDULAR	$22,991
6837	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$23,000
6838	902120	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR	$98,473
6839	902121	PRUEBA DE CICLAJE (CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS)	$5,464
6840	902122	SULFOHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$36,564
6841	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN (VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG) MANUAL	$2,304
6842	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN (VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG) AUTOMATIZADA	$2,304
6843	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$5,130
6844	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$10,384
6845	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$14,755
6846	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	$17,123
6847	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$17,624
6848	902211	HEMATOCRITO	$2,280
6849	902213	HEMOGLOBINA	$3,168
6850	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$10,224
6851	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$4,952
6852	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$4,468
6853	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE (FRAGILIDAD CAPILAR)	$6,008
6854	902218	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$3,704
6855	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$3,704
6856	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$4,592
6857	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$4,592
6858	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$4,985
6859	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$30,891
6860	902225	TÍTULO ANTI D	$12,261
6861	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$12,847
6862	903002	ALFA FETOPROTEÍNA (AFP) EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$47,784
6863	903003	BICARBONATO	$38,655
6864	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO -QUÍMICO CUANTITATIVO	$12,747
6865	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO -QUÍMICO CUANTITATIVO	$8,983
6866	903006	CAROTENOS	$13,264
6867	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA (EPINEFRINA) Y NORADRENALINA (NOREPINEFRINA)) EN ORINA DE 24 H	$80,002
6868	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA (EPINEFRINA) Y NORADRENALINA (NOREPINEFRINA)) EN PLASMA	$80,002
6869	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$60,800
6870	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$18,803
6871	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$37,700
6872	903012	DIÓXIDO DE CARBÓN	$18,715
6873	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$41,462
6874	903014	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL -BUTIRATO	$29,753
6875	903015	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL -CLORACETATO	$29,753

6876	903016	FERRITINA	$24,021
6877	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$14,053
6878	903018	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	$14,053
6879	903019	FRACCIÓN EXCRETADA DE BICARBONATO	$39,255
6880	903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$13,424
6881	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$34,815
6882	903022	HOMOCISTEÍNA	$104,930
6883	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$20,010
6884	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO	$42,081
6885	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$19,916
6886	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$42,151
6887	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$21,880
6888	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$47,912
6889	903030	MIOGLOBINA CARDÍACA	$37,663
6890	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$9,626
6891	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$25,889
6892	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$30,069
6893	903035	OSTEOCALCINA	$40,000
6894	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$90,653
6895	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	$46,900
6896	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$13,443
6897	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$22,868
6898	903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$16,243
6899	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$58,222
6900	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$62,761
6901	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$13,391
6902	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	$20,266
6903	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$19,099
6904	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$47,400
6905	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$14,663
6906	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA -A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$64,698
6907	903050	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$71,364
6908	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$12,830
6909	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$19,584
6910	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$6,139
6911	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$55,551
6912	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$12,830
6913	903058	METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	$20,010
6914	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$20,010
6915	903061	DELTA DE PCO2 EN ORINA	$113,700
6916	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	$36,023
6917	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO -BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$93,381
6918	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	$80,581
6919	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20,010
6920	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20,010
6921	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20,010
6922	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$58,846
6923	903102	ÁCIDO CÍTRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$30,997

6924	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	$48,030
6925	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$32,476
6926	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$37,096
6927	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	$67,886
6928	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	$11,996
6929	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	$54,739
6930	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	$57,976
6931	903110	ÁCIDO LÁCTICO [L -LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$50,240
6932	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L -LACTATO] AUTOMATIZADO	$28,760
6933	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$43,615
6934	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$23,236
6935	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$29,338
6936	903201	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTÍMULO BH -4	$8,108
6937	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$13,267
6938	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$13,205
6939	903302	CURVA DE LACTOSA	$8,551
6940	903303	ALMIDONES	$52,400
6941	903304	DISACARIDASA (LACTOSA SUCROSA MALTOSA Y PALATINASA)	$128,800
6942	903305	FRUCTOSA	$8,551
6943	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$23,508
6944	903402	ALDOLASA	$11,016
6945	903403	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	$37,963
6946	903404	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	$54,486
6947	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$14,312
6948	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$38,125
6949	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	$43,252
6950	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$109,833
6951	903409	APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$44,550
6952	903410	APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA	$29,447
6953	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	$28,585
6954	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	$29,310
6955	903415	BETA TROMBOGLOBULINA	$54,739
6956	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$20,107
6957	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$47,809
6958	903418	COLIGLICINA	$60,988
6959	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$20,963
6960	903420	COLINESTERASA SERICA	$20,623
6961	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$15,431
6962	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$46,900
6963	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	$41,090
6964	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	$35,555
6965	903425	FRUCTOSAMINA	$13,392
6966	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$31,039
6967	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$20,402
6968	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$26,601
6969	903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA	$30,885
6970	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$35,188
6971	903431	LIPOPROTEÍNA A	$37,039
6972	903432	NUCLEOTIDASA 5	$34,398
6973	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$22,868
6974	903434	SEROTONINA -5 HIDROXI -TRIPTAMINA	$39,456

6975	903435	SEROTONINA -5 HIDROXI -TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$39,456
6976	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$46,458
6977	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$62,784
6978	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$44,584
6979	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$57,571
6980	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$51,553
6981	903501	LÍQUIDO AMNIÓTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	$15,247
6982	903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA - ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE -ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)	$6,053
6983	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$32,920
6984	903504	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)	$35,946
6985	903505	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	$34,464
6986	903506	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)	$31,466
6987	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$34,899
6988	903602	AMONIO	$14,768
6989	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$27,939
6990	903604	CALCIO IÓNICO	$24,115
6991	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$17,400
6992	903608	ZINC	$28,585
6993	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$28,585
6994	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$53,796
6995	903611	ALUMINIO EN SUERO	$53,796
6996	903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN DIRECTA	$196,337
6997	903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA	$201,734
6998	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$69,317
6999	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$80,002
7000	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$45,007
7001	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$80,002
7002	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$97,010
7003	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2 -D3] [CALCIFEROL]	$61,309
7004	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2 -D3] [CALCIFIDOL]	$80,002
7005	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$70,342
7006	903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	$24,208
7007	903711	VITAMINA K	$5,553
7008	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$5,304
7009	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$5,181
7010	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$4,705
7011	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$4,808
7012	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$9,588
7013	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$9,512
7014	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$8,418
7015	903808	BALANCE NITROGENADO (ÍNDICE CATABÓLICO)	$18,173
7016	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$8,040
7017	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$5,520
7018	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$5,296

7019	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	$15,600
7020	903813	CLORO	$4,585
7021	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$4,408
7022	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$8,824
7023	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$8,720
7024	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$35,658
7025	903818	COLESTEROL TOTAL	$6,507
7026	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$16,704
7027	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$29,265
7028	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK -CPK]	$11,307
7029	903822	CREATINA	$8,620
7030	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$11,304
7031	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$5,000
7032	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$4,456
7033	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$4,888
7034	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA	$7,645
7035	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$74,947
7036	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$6,288
7037	903831	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	$27,993
7038	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$24,566
7039	903833	FOSFATASA ALCALINA	$6,088
7040	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	$67,591
7041	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$6,240
7042	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$12,664
7043	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	$34,331
7044	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$11,250
7045	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$20,304
7046	903840	GLUCOSA EN ORINA	$5,000
7047	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$4,510
7048	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$16,064
7049	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$12,256
7050	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$11,163
7051	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$7,393
7052	903846	HIERRO TOTAL	$19,613
7053	903847	LIPASA	$11,016
7054	903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$29,741
7055	903849	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$23,582
7056	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$33,773
7057	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$24,011
7058	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	$24,748
7059	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$24,556
7060	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$10,232
7061	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$8,630
7062	903856	NITRÓGENO UREICO	$5,864
7063	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$5,864

7064	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA	$24,439
7065	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$10,614
7066	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$11,254
7067	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA -GLOBULINA]	$8,117
7068	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	$4,880
7069	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$4,952
7070	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$7,637
7071	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$9,144
7072	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO -PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$7,248
7073	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$7,248
7074	903868	TRIGLICERIDOS	$7,050
7075	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$7,312
7076	903870	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	$7,619
7077	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$8,611
7078	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$6,724
7079	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$5,296
7080	903874	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$4,484
7081	903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL	$10,030
7082	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$4,952
7083	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	$5,526
7084	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$10,030
7085	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$8,966
7086	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$4,142
7087	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$5,000
7088	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	$4,112
7089	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$14,794
7090	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$50,816
7091	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$10,759
7092	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$14,345
7093	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$11,214
7094	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$17,932
7095	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$21,518
7096	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$59,011
7097	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$25,561
7098	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$11,214
7099	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$11,214
7100	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$4,952
7101	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$60,520
7102	904004	RENINA TOTAL	$81,739
7103	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	$90,259
7104	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF -1]	$56,978

7105	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$72,288
7106	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$31,266
7107	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	$31,954
7108	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	$44,288
7109	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$293,248
7110	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$36,909
7111	904108	PROLACTINA	$36,336
7112	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$44,855
7113	904111	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	$34,255
7114	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	$55,695
7115	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$55,332
7116	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	$43,778
7117	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$43,574
7118	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$68,438
7119	904206	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCAGÓN CADA MUESTRA	$46,315
7120	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$46,315
7121	904208	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO INSULINA CADA MUESTRA	$46,315
7122	904210	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA	$43,778
7123	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	$52,244
7124	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	$52,244
7125	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$62,581
7126	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	$125,700
7127	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$105,404
7128	904405	MACROPROLACTINA	$39,841
7129	904501	ANDROSTENEDIONA	$38,056
7130	904503	ESTRADIOL	$30,265
7131	904504	ESTRIOL	$40,731
7132	904505	ESTRIOL LIBRE	$23,434
7133	904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$23,325
7134	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,963
7135	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$23,936
7136	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$39,488
7137	904510	PROGESTERONA	$30,985
7138	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$43,434
7139	904512	ANDROSTERONA	$50,610
7140	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$31,878
7141	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$36,868
7142	904603	TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$43,434
7143	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	$94,765
7144	904701	GLUCAGÓN	$87,418
7145	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$78,674

7146	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$122,359
7147	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$31,637
7148	904705	INSULINA LIBRE	$39,456
7149	904706	PÉPTIDO C	$72,657
7150	904708	SOMATOSTATINA	$140,900
7151	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$40,552
7152	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$87,418
7153	904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$137,200
7154	904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$131,382
7155	904715	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$134,239
7156	904716	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$134,239
7157	904717	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$134,457
7158	904718	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$134,457
7159	904720	ELASTASA PANCREÁTICA	$174,890
7160	904801	ALDOSTERONA	$31,302
7161	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$45,749
7162	904804	CETOESTEROIDES 17	$19,916
7163	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$36,696
7164	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM -PM)	$89,409
7165	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$35,302
7166	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$55,605
7167	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO (EPINANDROSTERONA - DHEA -SO4) CADA MUESTRA	$39,196
7168	904810	DEOXICORTISOL 11	$35,678
7169	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$16,585
7170	904812	CORTISOL AM	$32,250
7171	904813	CORTISOL PM	$35,678
7172	904814	HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL	$39,230
7173	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$38,094
7174	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$30,169
7175	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$32,556
7176	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$44,867
7177	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	$50,803
7178	904907	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS	$46,106
7179	904908	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS	$46,106
7180	904909	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$54,344
7181	904910	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$89,254
7182	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$88,840
7183	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$58,273
7184	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	$65,049
7185	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$88,840
7186	904915	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$26,692
7187	904920	TIROGLOBULINA	$43,080
7188	904921	TIROXINA LIBRE	$24,112
7189	904922	TIROXINA TOTAL	$26,088
7190	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	$29,694
7191	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$27,968

7192	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$30,128
7193	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$26,692
7194	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	$29,280
7195	905001	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA -MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$15,830
7196	905002	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA -MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$21,541
7197	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N -ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$15,756
7198	905101	CUMARÍNICOS	$19,172
7199	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$19,082
7200	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$27,252
7201	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR Xa (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	$41,513
7202	905107	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACIÓN	$15,600
7203	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$31,770
7204	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$31,844
7205	905203	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$19,465
7206	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$18,592
7207	905205	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$27,769
7208	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$24,545
7209	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$54,739
7210	905209	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$65,500
7211	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	$57,353
7212	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	$31,379
7213	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$45,411
7214	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$31,394
7215	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$32,997
7216	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$47,312
7217	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$47,092
7218	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$33,840
7219	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$37,118
7220	905307	CLORPROMAZINA	$21,724
7221	905308	FENCICLIDINA	$19,590
7222	905309	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO	$21,341
7223	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$21,341
7224	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$51,900
7225	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$11,671
7226	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	$11,726
7227	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$18,806
7228	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$23,964
7229	905406	KANAMICINA AUTOMATIZADO	$21,448
7230	905407	NETILMICINA AUTOMATIZADO	$21,724
7231	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$21,575
7232	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$21,541
7233	905412	ANFOTERICINA B AUTOMATIZADO	$71,200
7234	905414	CIPROFLOXACINA AUTOMATIZADO	$65,500
7235	905501	CICLOSERINA SEMIAUTOMATIZADO	$65,500
7236	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$113,944
7237	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$181,643

7238	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$109,295
7239	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$25,612
7240	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$25,492
7241	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$9,255
7242	905604	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$27,476
7243	905606	NITROPRUSIATO DE SODIO	$9,172
7244	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$24,909
7245	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$25,025
7246	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$20,904
7247	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$20,807
7248	905703	ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$24,164
7249	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$24,051
7250	905705	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO	$20,440
7251	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	$21,516
7252	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	$20,440
7253	905708	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$18,023
7254	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$17,940
7255	905710	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO	$51,322
7256	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	$24,051
7257	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	$21,642
7258	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	$21,541
7259	905714	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	$21,827
7260	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	$21,724
7261	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$24,051
7262	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$23,080
7263	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$46,900
7264	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$46,900
7265	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$18,366
7266	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$18,282
7267	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$16,901
7268	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$16,823
7269	905724	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	$24,164
7270	905725	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$23,080
7271	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$24,051
7272	905727	DROGAS DE ABUSO	$23,080
7273	905728	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	$15,827
7274	905729	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	$22,633
7275	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$40,040
7276	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$38,039
7277	905732	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$22,739
7278	905733	METACUALONA MANUAL	$22,633
7279	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20,709
7280	905735	METADONA MANUAL	$19,674
7281	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$39,207
7282	905737	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$47,471
7283	905738	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$36,838
7284	905739	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$24,051
7285	905740	OPIÁCEOS MANUAL	$17,769
7286	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$23,584
7287	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$41,999
7288	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	$30,136

7289	905744	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	$21,541
7290	905745	PIRETRINAS MANUAL	$65,500
7291	905746	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$57,158
7292	905747	PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$65,500
7293	905748	PIRETROIDES MANUAL	$21,817
7294	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$21,817
7295	905750	PRIMIDONA MANUAL	$21,716
7296	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$47,471
7297	905752	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$23,584
7298	905753	QUININA SEMIAUTOMATIZADO	$19,840
7299	905754	RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES	$65,500
7300	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$15,319
7301	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$15,247
7302	905757	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$74,900
7303	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$24,916
7304	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$24,801
7305	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$26,568
7306	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)	$184,145
7307	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$47,400
7308	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$9,820
7309	906003	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48,305
7310	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$75,089
7311	906005	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$52,900
7312	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$75,089
7313	906007	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$52,900
7314	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,599
7315	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,813
7316	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$43,377
7317	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$53,932
7318	906012	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$28,106
7319	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$37,086
7320	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,900
7321	906015	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,900
7322	906016	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$63,643
7323	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61,736
7324	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61,149
7325	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44,455
7326	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48,348
7327	906021	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$63,348
7328	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46,605
7329	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35,674
7330	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39,226
7331	906025	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49,152
7332	906026	Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1 -14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,606
7333	906027	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$54,606
7334	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$54,352
7335	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$55,971
7336	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$21,955
7337	906031	Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,920

7338	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,900
7339	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,920
7340	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39,226
7341	906035	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53,352
7342	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$17,366
7343	906037	Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,529
7344	906038	Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$45,653
7345	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$37,994
7346	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,776
7347	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44,769
7348	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$101,987
7349	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$101,987
7350	906047	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,900
7351	906048	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60,800
7352	906049	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60,800
7353	906050	Actynomices ANTICUERPOS	$137,200
7354	906051	Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS	$50,500
7355	906052	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7356	906102	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	$76,002
7357	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$76,002
7358	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$34,948
7359	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31,777
7360	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30,851
7361	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73,751
7362	906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$83,593
7363	906109	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$31,561
7364	906110	Echinococcus ANTICUERPOS	$20,536
7365	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	$25,492
7366	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$20,440
7367	906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$9,212
7368	906114	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS MANUAL	$77,500
7369	906115	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7370	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7371	906117	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27,939
7372	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,638
7373	906119	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	$27,810
7374	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27,939
7375	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$9,073
7376	906122	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$102,884
7377	906123	Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61,281
7378	906124	Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,766
7379	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60,997
7380	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59,034
7381	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$38,193
7382	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$35,521
7383	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$40,403

7384	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$40,612
7385	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$35,351
7386	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	$40,423
7387	906133	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$86,624
7388	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$136,232
7389	906135	Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7390	906136	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62,081
7391	906137	Trichenella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7392	906138	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46,801
7393	906139	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46,495
7394	906140	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$100,867
7395	906141	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$109,833
7396	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$34,899
7397	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$34,738
7398	906204	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$29,548
7399	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29,835
7400	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30,958
7401	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$41,375
7402	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$44,229
7403	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$44,013
7404	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$27,685
7405	906211	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB -VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$51,053
7406	906212	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB -VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,508
7407	906213	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA -G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$47,924
7408	906214	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62,259
7409	906215	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB -VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,573
7410	906216	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA -M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,606
7411	906217	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$58,486
7412	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$38,253
7413	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$36,244
7414	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI -CORE HBC -M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33,798
7415	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI -CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$32,083
7416	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI -HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$32,005
7417	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI -HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41,455
7418	906224	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$44,522
7419	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$58,536
7420	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46,648
7421	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40,009
7422	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28,800
7423	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30,467

7424	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28,348
7425	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41,024
7426	906232	HTLV -I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,709
7427	906233	HTLV -I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64,398
7428	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$60,072
7429	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$50,433
7430	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$52,472
7431	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$50,433
7432	906238	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40,380
7433	906239	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$144,685
7434	906240	Poliovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1 -3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48,190
7435	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$36,250
7436	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$47,967
7437	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$53,496
7438	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$55,745
7439	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$43,068
7440	906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41,764
7441	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$24,930
7442	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$36,307
7443	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$36,604
7444	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$234,897
7445	906251	Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$109,855
7446	906252	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7447	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$30,461
7448	906254	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	$89,996
7449	906255	Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7450	906256	Helicobacter pylori ANTÍGENO	$35,639
7451	906257	Pneumocystis carinii ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7452	906258	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39,619
7453	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$111,273
7454	906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$21,630
7455	906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$22,445
7456	906262	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI -HBs] MANUAL	$39,488
7457	906263	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	$37,636
7458	906264	Rubeola ANTICUERPOS MANUAL	$48,190
7459	906265	Sarampión ANTICUERPOS MANUAL	$23,794
7460	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$78,310
7461	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$76,015
7462	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$59,886
7463	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$97,026
7464	906270	SARS CoV2 [COVID -19] ANTICUERPOS Ig G	$27,403
7465	906271	SARS CoV2 [COVID -19] ANTICUERPOS Ig M	$27,403
7466	906301	Adenovirus ANTÍGENO	$77,508
7467	906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$26,885
7468	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$74,276
7469	906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$25,680
7470	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$56,564
7471	906306	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,511
7472	906307	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60,792

7473	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	$29,694
7474	906310	Coxsackie A ANTÍGENO POR NEUTRALIZACIÓN SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$49,104
7475	906312	Coxsackie B ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$60,800
7476	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	$60,890
7477	906315	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40,921
7478	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$39,088
7479	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30,996
7480	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,874
7481	906320	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33,912
7482	906321	Influenza ANTÍGENO	$77,048
7483	906322	Legionella spp ANTÍGENO	$69,421
7484	906323	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	$29,202
7485	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	$49,766
7486	906325	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$38,600
7487	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42,234
7488	906327	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	$21,616
7489	906328	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL	$23,942
7490	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	$42,954
7491	906331	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	$94,800
7492	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$34,725
7493	906333	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$167,032
7494	906335	Cryptosporidium spp ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$110,500
7495	906336	Giardia lamblia ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$110,500
7496	906337	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$205,096
7497	906340	SARS CoV 2 [COVID -19] ANTÍGENO	$76,959
7498	906341	Dengue ANTÍGENO MANUAL	$162,900
7499	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$125,556
7500	906404	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$77,500
7501	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$50,500
7502	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES (ENA) SS -A [Ro] SS -B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$76,480
7503	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$44,332
7504	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39,182
7505	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39,230
7506	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$43,275
7507	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42,752
7508	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41,414
7509	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$46,086
7510	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C -ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$74,419
7511	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	$64,880
7512	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$31,031
7513	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$34,363
7514	906419	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$60,888
7515	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$37,913
7516	906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96,546
7517	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$96,547

7518	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$30,027
7519	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$38,897
7520	906428	ISOLEUCOAGLUTININAS	$16,148
7521	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$41,292
7522	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40,023
7523	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$94,548
7524	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$33,421
7525	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$24,832
7526	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$48,099
7527	906436	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$34,368
7528	906437	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$37,245
7529	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$40,677
7530	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$44,254
7531	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$28,982
7532	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$26,716
7533	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$16,465
7534	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	$54,511
7535	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66,340
7536	906446	PLAQUETAS ANTÍGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66,340
7537	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$66,032
7538	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$66,032
7539	906449	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$56,006
7540	906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$42,028
7541	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$37,865
7542	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$36,401
7543	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,796
7544	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$33,471
7545	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$36,822
7546	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$40,885
7547	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$31,928
7548	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$33,898
7549	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	$57,833
7550	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$44,086
7551	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL	$28,124
7552	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$26,864
7553	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$47,385
7554	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$388,897
7555	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$315,157
7556	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$277,945
7557	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$374,328
7558	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7559	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,450

7560	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$39,209
7561	906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7562	906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$62,761
7563	906476	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7564	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$86,297
7565	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$86,297
7566	906479	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7567	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$61,641
7568	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40,000
7569	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$40,000
7570	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$150,053
7571	906484	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$102,416
7572	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$91,639
7573	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$114,451
7574	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI -Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$199,372
7575	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$291,393
7576	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$300,359
7577	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$192,509
7578	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$670,205
7579	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$130,460
7580	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$478,557
7581	906496	OTRO ANTICUERPO (ESPECÍFICO) PARA LA UNIÓN NEUROMUSCULAR SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,500
7582	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$437,090
7583	906498	IDENTIFICACIÓN DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECÍFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$98,626
7584	906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$283,099
7585	906502	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$540,066
7586	906503	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$257,077
7587	906504	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$54,511
7588	906506	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$269,349
7589	906509	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA	$306,063
7590	906512	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$124,687
7591	906513	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCIÓN	$443,100
7592	906514	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$304,730
7593	906517	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$106,746
7594	906518	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$270,201
7595	906519	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP	$498,469
7596	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	$146,868
7597	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$228,519
7598	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO	$228,519
7599	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$296,329
7600	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$448,297
7601	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	$48,174
7602	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II	$752,608
7603	906601	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$22,808

7604	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68,168
7605	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$43,544
7606	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15 -3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$58,170
7607	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68,168
7608	906606	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19 -9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,461
7609	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$68,168
7610	906611	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,975
7611	906612	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$119,942
7612	906613	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR AUTOMATIZADO	$98,126
7613	906614	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$47,562
7614	906618	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$138,458
7615	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,411
7616	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$58,915
7617	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$72,068
7618	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29,421
7619	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$48,259
7620	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$28,104
7621	906626	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$29,286
7622	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105,350
7623	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$233,600
7624	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,511
7625	906703	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$54,766
7626	906704	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,511
7627	906705	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$54,766
7628	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$220,059
7629	906708	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$8,700
7630	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$11,100
7631	906710	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$8,700
7632	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$57,380
7633	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$84,776
7634	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$47,833
7635	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$92,138
7636	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$72,979
7637	906716	LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,766
7638	906717	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$195,400
7639	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,511
7640	906719	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$64,171
7641	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$105,300
7642	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$67,234
7643	906722	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE -B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,511
7644	906723	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE -B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$73,811
7645	906724	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$73,468

7646	906725	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$73,468
7647	906726	LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$195,400
7648	906727	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7649	906728	LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,766
7650	906729	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7651	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$45,803
7652	906731	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$54,766
7653	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$125,483
7654	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7655	906734	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,766
7656	906735	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7657	906736	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,511
7658	906737	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7659	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$57,380
7660	906739	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7661	906740	LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$195,400
7662	906741	LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7663	906742	LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$125,483
7664	906743	LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7665	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$180,564
7666	906745	LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7667	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,766
7668	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7669	906748	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$54,511
7670	906749	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$54,766
7671	906751	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$54,766
7672	906753	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$195,400
7673	906754	LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$125,200
7674	906757	LINFOCITOS ALFA BETA (CD4 CD8): TC Rab CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$195,400
7675	906758	LINFOCITOS B TOTALES MÁS EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DEL COMPLEMENTO CR2: CD45 CD19 CD21 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$125,200
7676	906759	LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$125,200
7677	906762	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$124,700
7678	906763	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$124,700
7679	906764	LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$124,700
7680	906765	MARCADOR TCR ALFA BETA (TCRab) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$217,900
7681	906801	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$131,060
7682	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$20,064
7683	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$53,477
7684	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA	$72,384
7685	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$25,614
7686	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES) SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$95,385

7687	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$69,437
7688	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$61,756
7689	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$31,200
7690	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$22,905
7691	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$20,536
7692	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$22,800
7693	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	$21,516
7694	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$134,841
7695	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$22,650
7696	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$28,929
7697	906828	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$22,650
7698	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$33,861
7699	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$251,220
7700	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$22,650
7701	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$27,410
7702	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$58,281
7703	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$36,605
7704	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$30,480
7705	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$30,480
7706	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$50,101
7707	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$108,119
7708	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$64,172
7709	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$110,567
7710	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	$50,500
7711	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	$50,500
7712	906847	PROCALCITONINA MANUAL	$128,055
7713	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	$176,935
7714	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$95,212
7715	906853	INTERLEUQUINA 6	$70,199
7716	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$54,194
7717	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$436,966
7718	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$45,175
7719	906901	AGLUTININAS AL FRÍO	$6,309
7720	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$15,691
7721	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$11,236
7722	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$37,382
7723	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$25,834
7724	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	$45,969
7725	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$23,824
7726	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	$32,260
7727	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$25,084
7728	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$8,036
7729	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$52,209
7730	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	$19,385
7731	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$8,781

7732	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	$9,992
7733	906917	CRIOGLOBULINAS	$7,203
7734	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$5,464
7735	907002	COPROLÓGICO	$4,768
7736	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	$6,296
7737	907004	COPROSCÓPICO	$13,368
7738	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$5,211
7739	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	$9,428
7740	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$5,864
7741	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$3,704
7742	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	$11,500
7743	907010	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$5,552
7744	907011	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$24,400
7745	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$11,500
7746	907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$15,100
7747	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$42,975
7748	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO	$22,016
7749	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$4,430
7750	907102	HEMOGLOBINURIA	$2,038
7751	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$4,045
7752	907104	RECUENTO DE ADDIS	$9,437
7753	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$8,199
7754	907106	UROANÁLISIS	$6,056
7755	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$15,137
7756	907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	$13,163
7757	907109	DENSIDAD URINARIA	$6,311
7758	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$21,616
7759	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	$15,756
7760	907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	$22,754
7761	907204	PARÁSITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES	$16,100
7762	907205	FRAGILIDAD OSMÓTICA ESPERMÁTICA	$24,400
7763	908301	ASPARTILCILASA ACTIVIDAD	$186,500
7764	908302	GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	$30,786
7765	908303	GANGLIÓSIDOS CUALITATIVOS	$125,700
7766	908304	FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	$23,098
7767	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$156,904
7768	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$22,991
7769	908308	ÁCIDO ORÓTICO	$33,312
7770	908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	$32,795
7771	908310	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO	$36,300
7772	908311	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$36,300
7773	908312	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO	$36,300
7774	908313	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL	$36,300
7775	908314	CISTINA CUANTITATIVA	$108,900
7776	908315	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA	$465,600
7777	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$8,494
7778	908317	TIROSINASA TEST CON RAÍZ DE CABELLO	$388,100
7779	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$25,342
7780	908319	FOSFORILASA ACTIVIDAD	$170,700

7781	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$572,470
7782	908321	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD	$173,900
7783	908322	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD	$173,900
7784	908323	GLUCÓGENO CURVA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (DETERMINACIÓN DE GLUCOSA Y ÁCIDO LÁCTICO)	$465,600
7785	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$48,191
7786	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$168,100
7787	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$61,522
7788	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$173,900
7789	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	$31,773
7790	908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$256,232
7791	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$44,119
7792	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$64,760
7793	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$186,500
7794	908333	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	$125,700
7795	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	$229,752
7796	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$107,591
7797	908340	CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS	$17,373
7798	908341	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	$18,630
7799	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS	$117,800
7800	908343	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$314,037
7801	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	$63,861
7802	908348	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUÉMICO	$66,500
7803	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)	$40,347
7804	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)	$151,300
7805	908351	PTERINAS CUANTITATIVAS	$1,294,200
7806	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	$93,200
7807	908356	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$210,700
7808	908357	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO	$257,700
7809	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	$337,452
7810	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	$406,721
7811	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$529,711
7812	908413	ERBB2 [HER -2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU"	$1,043,735
7813	908414	PRUEBA DE CROMATINA	$61,809
7814	908418	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$1,031,084
7815	908422	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	$1,820,769
7816	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	$362,301
7817	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	$299,710
7818	908435	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA	$2,457,000
7819	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$477,436
7820	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	$206,217
7821	908442	ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE GENOMA COMPLETO	$2,701,300
7822	908443	ESTUDIO MOLECULAR DE ADN LIBRE CIRCULANTE (ESPECIFICO)	$2,701,300
7823	908444	ESTUDIO MOLECULAR DE EXPANSIÓN DE MUTACIONES DINÁMICAS (ESPECÍFICO)	$2,701,300
7824	908445	ESTUDIO MOLECULAR DE ARN O MICRO ARN (ESPECIFICO)	$2,701,300
7825	908446	ESTUDIO MOLECULAR DE METILACIÓN O IMPRONTA [IMPRINTING] EN GENES (ESPECIFICO)	$2,701,300
7826	908448	CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECÍFICO)	$961,007
7827	908601	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICIÓN DE CADA UNA	$517,500

7828	908602	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS, MEDICIÓN DE CADA UNA	$517,500
7829	908603	ENZIMAS GLICOLÍTICAS, MEDICIÓN DE CADA UNA	$517,500
7830	908604	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA	$85,812
7831	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA	$21,642
7832	908606	HIPOXANTINA GUANINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$85,413
7833	908608	GLUCÓGENO ESTRUCTURA Y CUANTIFICACIÓN	$465,600
7834	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	$97,400
7835	908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	$1,231,795
7836	908803	Hepatitis B GENOTIPO	$166,000
7837	908804	Citomegalovirus GENOTIPO	$102,100
7838	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$48,174
7839	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$521,779
7840	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$315,900
7841	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL	$146,100
7842	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$715,034
7843	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$1,659,378
7844	908811	Epstein -Barr CARGA VIRAL	$577,476
7845	908812	Adenovirus CARGA VIRAL	$470,712
7846	908813	Parvovirus CARGA VIRAL	$412,434
7847	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$388,099
7848	908833	Hepatitis C GENOTIPO	$782,279
7849	908855	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$645,739
7850	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$217,984
7851	908857	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$235,356
7852	908858	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$1,099,375
7853	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$703,248
7854	908861	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$132,000
7855	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$257,771
7856	908865	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$132,000
7857	908866	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$276,823
7858	908867	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$186,500
7859	908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$347,430
7860	908869	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$72,800
7861	908870	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$336,223
7862	908871	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$268,978
7863	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$351,176
7864	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$308,178
7865	908874	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$155,000
7866	908875	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$155,000
7867	908876	Leishmania IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$25,700
7868	908877	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$304,300
7869	908878	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$38,100
7870	908879	Bordetella pertussis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$2,701,300
7871	908880	Bordetella parapertussis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$304,300
7872	908881	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$304,300

7873	908882	Neisseria meningitidis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$2,701,300
7874	908883	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$304,300
7875	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$347,551
7876	908886	Adenovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$2,701,300
7877	908887	Histoplasma IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$60,200
7878	908888	Chlamydia IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$101,600
7879	908889	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$77,500
7880	908890	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$156,768
7881	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA	$45,513
7882	911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO	$47,844
7883	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA	$39,256
7884	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$51,302
7885	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA	$48,509
7886	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO	$51,616
7887	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	$24,874
7888	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$29,273
7889	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$17,840
7890	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$16,264
7891	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO	$21,079
7892	911012	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTÍGENO	$21,079
7893	911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA	$20,983
7894	911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO	$20,983
7895	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	$4,430
7896	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	$4,232
7897	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$7,002
7898	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	$7,002
7899	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	$14,254
7900	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	$14,188
7901	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	$22,119
7902	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$21,128
7903	911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA	$39,956
7904	911024	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	$4,430
7905	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	$12,900
7906	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	$4,410
7907	911027	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS	$65,500
7908	911028	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS	$65,500
7909	911029	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS	$65,500
7910	911030	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) O MODIFICACIÓN DE MEMBRANA ERITROCITARIA AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS	$65,500
7911	911031	PRUEBA CRUZADA PLAQUETARIA	$65,500
7912	911032	DETECCIÓN DE AUTOANTICUERPO [CONTROL AUTÓLOGO] EN TUBO	$65,500

7913	911033	DETECCIÓN DE AUTOANTICUERPO [CONTROL AUTÓLOGO] POR MICROTÉCNICA	$65,500
7914	911034	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$14,581
7915	911035	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS POR MICROTÉCNICA	$38,600
7916	911036	TITULACIÓN DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$38,600
7917	911037	TITULACIÓN DE ISOAGLUTININAS POR MICROTÉCNICA	$38,600
7918	911038	DETERMINACIÓN DEL ANTÍGENO H EN EL GLÓBULO ROJO O EN OTROS FLUIDOS CUALQUIER TÉCNICA	$36,300
7919	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSIÓN [PREDEPÓSITO]	$204,555
7920	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	$33,280
7921	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$42,200
7922	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$22,368
7923	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	$167,490
7924	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	$204,448
7925	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	$331,575
7926	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$26,416
7927	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$174,486
7928	911113	IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTE	$957,816
7929	911114	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA	$98,800
7930	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$43,973
7931	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$190,117
7932	911117	CONCENTRACIÓN DE UNIDAD DE HEMOCOMPONENTES CELULARES "	$98,800
7933	911118	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA	$98,800
7934	911119	PROCESAMIENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS	$98,800
7935	911120	REDUCCIÓN DE PATÓGENOS EN SANGRE TOTAL, COMPONENTES DE PLASMA O PLAQUETAS (HASTA 6 PLASMAS O PLAQUETAS ESTÁNDAR) O POR AFÉRESIS.	$98,800
7936	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	$409,200
7937	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS O LEUCOFÉRESIS	$98,800
7938	911203	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS	$1,526,244
7939	911204	SEPARACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE	$532,603
7940	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFÉRESIS O ERITROFÉRESIS	$98,800
7941	911301	CITAFÉRESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)	$352,549
7942	911302	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO	$375,222
7943	911401	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENOS EN MEZCLA DE SUEROS DE DONANTES	$591,700
7944	911402	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENO INDIVIDUAL EN SUERO DE DONANTE	$591,700
7945	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$12,424
7946	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$23,544
7947	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$12,424
7948	912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$28,538
7949	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$30,080
7950	912010	EXSANGUINO TRANSFUSIÓN	$113,390
7951	912011	HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA INTRAOPERATORIA	$209,916
7952	912012	TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA POR OBTENCION MECÁNICA INTRAOPERATORIA	$462,979
7953	912020	INFUSIÓN DE EXPANSORES PLASMÁTICOS	$83,018
7954	920101	GAMAGRAFÍA CEREBRAL ESTÁTICA	$379,944
7955	920102	GAMAGRAFÍA CEREBRAL DINÁMICA (ESTUDIO DE MUERTE CEREBRAL)	$312,003
7956	920103	CISTERNOGAMAGRAFÍA	$466,456

7957	920104	GAMAGRAFÍA DE DERIVACIONES	$287,279
7958	920105	GAMAGRAFÍA SPECT CEREBRAL	$1,178,174
7959	920201	CAPTACIÓN TIROIDEA DE I -131 A 4 O 24 HORAS	$600,286
7960	920202	GAMAGRAFÍA DE TIROIDES	$130,060
7961	920204	GAMAGRAFÍA CON METAIODO BENCILGUANIDINA (MIBG)	$1,626,500
7962	920208	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	$1,385,747
7963	920209	PRUEBA DE SUPRESIÓN	$220,827
7964	920210	PRUEBA DE PERCLORATO	$207,588
7965	920211	GAMAGRAFÍA DE SUPRARRENAL CON IODO COLESTEROL	$890,000
7966	920214	GAMAGRAFÍA CON OCTREOTIDE	$8,830,000
7967	920215	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULA MAMARIA	$1,343,361
7968	920301	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN	$290,078
7969	920302	GAMAGRAFÍA PULMONAR, VENTILACIÓN	$480,237
7970	920303	BÚSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR	$129,756
7971	920304	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN Y VENTILACIÓN	$657,934
7972	920305	GAMAGRAFÍA DE ACLARAMIENTO MUCOCILIAR	$326,713
7973	920306	GAMAGRAFÍA DE PERMEABILIDAD ALVEOLO CAPILAR	$890,000
7974	920307	SALIVOGRAMA (TEST DE BRONCOASPIRACIÓN)	$199,225
7975	920310	GAMAGRAFÍA SPECT TORAX	$780,975
7976	920401	VENTRICULOGRAFÍA NUCLEAR	$304,811
7977	920406	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO	$416,122
7978	920407	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO Y POST -EJERCICIO	$572,605
7979	920408	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO	$416,122
7980	920410	GAMAGRAFIA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS O DIFOSFONATOS	$502,177
7981	920411	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN ARTERIAL	$443,925
7982	920412	VENOGAMAGRAFÍA	$387,061
7983	920414	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA CON TALIO O MARCADORES DE TC.	$890,000
7984	920415	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE CARDÍACO	$890,000
7985	920501	GAMAGRAFÍA ESPLÉNICA	$155,562
7986	920502	GAMAGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA	$225,036
7987	920503	GAMAGRAFÍA DE GANGLIOS LINFÁTICOS - LINFOGAMAGRAFÍA	$733,310
7988	920504	GAMAGRAFÍA DE FERROCINÉTICA	$890,000
7989	920505	GAMAGRAFÍA CON LEUCOCITOS MARCADOS	$1,340,246
7990	920506	MEDICIÓN DE ABSORCIÓN GASTROINTESTINAL DE VITAMINA B12 (SHILLING)	$181,200
7991	920507	GAMAGRAFÍA DE INFECCIÓN CON HIG	$890,000
7992	920508	VOLUMEN DE GLÓBULOS ROJOS	$258,700
7993	920509	VIDA MEDIA DE GLÓBULOS ROJOS	$474,200
7994	920510	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO - COMPARTIMENTOS VASCULARES	$890,000
7995	920511	VOLUMEN PLASMÁTICO	$75,865
7996	920601	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES	$197,630
7997	920602	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS	$583,740
7998	920603	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON COLOIDE	$1,026,900
7999	920604	GAMAGRAFÍA PARA MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA	$254,146
8000	920605	GAMAGRAFÍA DE TRÁNSITO ESOFÁGICO	$279,386
8001	920606	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO	$346,451
8002	920607	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE SÓLIDA	$433,126
8003	920608	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE LÍQUIDA	$417,473
8004	920609	GAMAGRAFÍA SPECT ABDOMEN	$893,100
8005	920701	GAMAGRAFÍA HEPATOESPLÉNICA	$383,751
8006	920702	GAMAGRAFÍA HEPATOBILIAR	$644,074
8007	920706	GAMAGRAFÍA HEPATOESPLÉNICA CON SPECT	$378,400

8008	920707	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO HEPÁTICO	$487,873
8009	920802	RENOGRAMA SECUENCIAL CON FILTRACIÓN GLOMERULAR	$263,250
8010	920803	GAMAGRAFÍA DE FLUJO PLASMÁTICO RENAL EFECTIVO	$571,061
8011	920805	GAMAGRAFÍA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	$314,175
8012	920806	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL	$444,050
8013	920807	CISTOGAMAGRAFÍA	$345,814
8014	920808	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL	$719,929
8015	920809	GAMAGRAFÍA RENAL ESTÁTICA CON DMSA	$182,697
8016	920811	RENOGRAMA CON MERTIATIDE	$200,787
8017	920812	RENOGRAMA DIURÉTICO	$309,001
8018	920813	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE RENAL	$632,592
8019	920901	GAMAGRAFÍA ÓSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA)	$375,217
8020	920902	GAMAGRAFÍA ÓSEA DE TRES FASES	$436,505
8021	920903	GAMAGRAFÍA ÓSEA CON SPECT	$569,306
8022	920904	GAMAGRAFÍA SPECT COLUMNA	$472,000
8023	921201	GAMAGRAFÍA CON GALIO 67	$1,010,200
8024	921402	TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET -TC) CON 18 - FLUOR	$4,022,203
8025	921405	TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES (PET -TC) CON PSMA	$2,200,000
8026	922803	TERAPIA CON YODO RADIACTIVO (131 -I)	$18,355,739
8027	922806	TERAPIA CON OTRO RADIOISÓTOPO	$8,148,752
8028	930201	EVALUACIÓN ORTÉSICA	$78,640
8029	930301	EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES	$78,640
8030	930401	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR	$35,100
8031	930402	EVALUACIÓN DE FUNCIÓN MUSCULAR ESTÁTICA, DINÁMICA Y FLEXIBILIDAD	$35,100
8032	930403	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA	$99,400
8033	930801	ELECTROMIOGRAFÍA CON ELECTRODO DE FIBRA ÚNICA	$79,044
8034	930802	ELECTROMIOGRAFIA CUANTITATIVA	$79,414
8035	930803	ANÁLISIS Y CUANTIFICACIÓN DE UNIDADES MOTORAS	$152,000
8036	930804	ANÁLISIS CUANTITATIVO SENSITIVO	$152,000
8037	930805	ELECTROMIOGRAFÍA DE SUPERFICIE	$59,003
8038	930806	ELECTROMIOGRAFÍA DE PARAESPINALES	$79,414
8039	930807	ELECTROMIOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$96,800
8040	930808	ELECTROMIOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA (CADA LADO)	$114,773
8041	930810	ELECTROMIOGRAFÍA LARINGEA O DE CUELLO	$114,773
8042	930820	ELECTROMIOGRAFÍA EN CARA	$238,042
8043	930821	ELECTRONEURONOGRAFÍA (ENOG)	$96,800
8044	930860	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)	$46,632
8045	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	$12,456
8046	931002	TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR (CADA SESIÓN)	$35,100
8047	931101	MODALIDADES CINÉTICAS DE TERAPIA	$20,100
8048	931501	MODALIDADES ELECTRICAS O ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA	$20,100
8049	931502	ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL REPETITIVA	$20,100
8050	931601	MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA	$35,100
8051	931701	MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA	$35,100
8052	933301	TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS	$35,100
8053	933501	TERAPIA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	$33,942
8054	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	$45,588
8055	933602	CONTRAPULSACIÓN EXTERNA MEJORADA	$92,600
8056	933603	TERAPIA DE ONDAS DE CHOQUE MIOCÁRDICA	$92,600
8057	933701	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO	$17,000
8058	934101	TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DEL DISPOSITIVO CRANEAL	$578,845

8059	934201	TRACCIÓN CUTÁNEA PARA DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO SEGMENTO LUMBAR	$581,548
8060	934501	TRACCIÓN ESQUELÉTICA DE MIEMBROS	$2,181,300
8061	934601	TRACCIÓN CUTÁNEA DE MIEMBROS	$1,984,600
8062	935001	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA	$23,439
8063	935101	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO	$86,000
8064	935201	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL MOLDEADO	$435,279
8065	935202	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL PREVIAMENTE FABRICADO	$86,000
8066	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$30,643
8067	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	$24,889
8068	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	$58,360
8069	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	$35,456
8070	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	$23,632
8071	935306	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	$44,708
8072	935307	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX	$44,388
8073	935308	MANIPULACIÓN Y APLICACIÓN DE YESO PARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE	$23,977
8074	935401	APLICACIÓN DE FÉRULA	$23,527
8075	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	$86,000
8076	935602	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN MULTICAPA	$86,000
8077	935701	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA	$86,000
8078	935901	APLICACIÓN DE VENDAJE DE VELPEAU	$24,950
8079	936801	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA	$146,565
8080	937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	$9,520
8081	937201	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA	$9,520
8082	937202	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ	$9,520
8083	937203	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN	$9,520
8084	939401	MEDICACIÓN RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACIÓN (AEROSOLTERAPIA)	$8,247
8085	939402	NEBULIZACIÓN	$7,176
8086	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$12,944
8087	952101	ELECTRORRETINOGRAMA MONOFOCAL	$871,197
8088	952102	ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL	$123,502
8089	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	$262,900
8090	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES	$92,026
8091	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD	$109,127
8092	960101	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA	$54,230
8093	960201	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA	$56,151
8094	960301	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA	$59,548
8095	960401	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	$48,196
8096	960402	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ	$55,790
8097	960403	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO	$59,548
8098	960404	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON SONDA LUMINOSA	$59,548
8099	960405	INSERCIÓN DE CÁNULA JET TRANSTRAQUEAL	$59,548
8100	960601	INSERCIÓN DE TUBO O SONDA (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO)	$59,548
8101	960701	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O SONDA NASO -GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN)	$13,256
8102	960801	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	$796,422
8103	960901	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O SONDA RECTAL	$30,420

8104	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL	$33,012
8105	961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA	$14,655
8106	962101	DILATACIÓN DEL RECTO	$53,200
8107	962201	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL	$50,441
8108	962301	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA	$23,614
8109	962401	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA	$13,790
8110	963101	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA	$13,256
8111	963301	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA	$13,256
8112	963801	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS	$273,707
8113	963901	ENEMA O IRRIGACIÓN TRANSANAL	$10,274
8114	964101	IRRIGACIÓN, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR	$24,685
8115	964901	INSTILACIÓN GENITOURINARIA	$26,788
8116	965101	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO	$9,757
8117	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	$11,260
8118	965202	CURACIÓN DE OÍDO	$12,018
8119	965203	CURACIÓN DE OÍDO VÍA ENDOSCÓPICA	$12,018
8120	965301	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NASALES	$2,558
8121	965901	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL	$6,089
8122	965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	$10,776
8123	966101	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA	$14,556
8124	970101	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA	$13,726
8125	970201	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA	$14,488
8126	970301	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO	$76,311
8127	970401	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO	$76,311
8128	970501	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO	$82,388
8129	971101	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	$25,051
8130	971201	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR	$22,204
8131	971401	SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA	$24,194
8132	972301	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$9,729
8133	972601	SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN (MECHA) O DRENAJE VAGINAL O VULVAR	$3,432
8134	973701	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$4,531
8135	974101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL	$13,726
8136	974201	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO	$335,366
8137	974301	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX (RETIRO DE PUNTOS)	$26,144
8138	975101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	$14,723
8139	975201	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO	$14,723
8140	975301	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE	$14,723
8141	975401	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA	$14,723
8142	975501	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO	$14,723
8143	975601	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO	$14,723
8144	975901	EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL APARATO DIGESTIVO	$56,370
8145	976101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA	$14,723
8146	976102	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE NEFROSTOMÍA	$16,090
8147	976201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA	$14,723
8148	976202	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ABIERTA	$13,794
8149	976203	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$14,723
8150	976301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMÍA	$14,723

8151	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL	$14,655
8152	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$8,741
8153	977201	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO	$9,553
8154	977501	EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR	$4,203
8155	978101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL	$246,473
8156	978201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL	$246,473
8157	978301	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL	$86,269
8158	978801	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO	$86,714
8159	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	$44,250
8160	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	$44,897
8161	981202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$48,702
8162	981301	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE	$191,741
8163	981401	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARÍNGE	$623,428
8164	981501	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO	$623,428
8165	981601	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL ÚTERO	$141,046
8166	981701	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA	$313,790
8167	981901	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA	$638,196
8168	981905	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE URETRA	$799,840
8169	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	$29,001
8170	982102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	$29,001
8171	982201	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA	$28,306
8172	982401	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO	$268,642
8173	982601	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO	$36,478
8174	982701	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO	$31,706
8175	982801	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE	$31,706
8176	982901	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE	$31,706
8177	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	$127,504
8178	991501	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL	$38,400
8179	992101	INFILTRACIÓN, IRRIGACIÓN O INSTILACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	$67,641
8180	992102	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	$77,026
8181	992301	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE	$653,876
8182	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	$87,016
8183	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)	$1,360
8184	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	$1,360
8185	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	$1,360
8186	996101	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO ELECTIVA	$140,394
8187	996102	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	$167,067
8188	996901	OTRA CONVERSIÓN DE RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR	$9,324
8189	998301	FOTOTERAPIA CONTINUA	$16,727
8190	998303	FOTOTERAPIA INTERMITENTE	$18,364
8191	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$159,245
8192	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$102,072
8193	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$376,894
8194	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	$376,894
8195	106M02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO PACIENTE QUEMADO	$300,038
8196	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$376,463
8197	107M02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO PACIENTE QUEMADO	$300,038

8198	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$856,909
8199	109A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	$857,605
8200	109A02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO PACIENTE QUEMADO	$300,037
8201	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$763,169
8202	110A02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS PACIENTE QUEMADO	$298,711
8203	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	$91,400
8204	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$156,106
8205	129A02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$133,625
8206	130A01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$156,106
8207	130A02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$115,286
8208	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$66,679
8209	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD	$55,923
8210	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	$244,610
8211	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	$432,925
8212	7DS001	DERECHOS DE SALA DE DIÁLISIS PERITONEAL	$47,732
8213	7DS002	DERECHOS DE SALA DE HEMODIÁLISIS	$24,335
8214	90DS04	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD ALTA	$351,000
8215		OXIGENO POR LITRO	$20

ANEXO 8

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

Barranquilla, seleccionar la fecha.

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

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA MC _____ - 2026**

El suscrito _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ actuando en nombre propio y en representación legal de _____ identificada con No. NIT: _____, manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los seis meses anteriores a la fecha de la firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a paz y salvo por concepto de pagos a la entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA ICBF) según consta en la última planilla de pago No. _____ Que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contrato cuyo objeto es objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**.

El proponente:

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

(Anexar fotocopia de la cedula de ciudadanía, tarjeta profesional y antecedentes de la junta centran de contadores)

ANEXO 9

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ciudad, seleccionar la fecha

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

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA MC_____ - 2026**

Yo _____identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, representando legalmente la firma _____ identificada con Nit No. _____ Manifiesto bajo la gravedad de juramento: que yo ni la empresa a la cual yo represento nos encontramos incursos en las causales de inhabilidades e incompatibilidades establecidas en la Constitución Nacional, en el artículo 8 de la Ley 80 de 1993 y demás normas sobre la materia, que tampoco me hallo o hallamos en ninguno de los eventos de prohibiciones especiales para contratar con el Estado - **REGIONAL DE ASEGURAMIENTO NE SALUD No.8**, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la Republica, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002

El proponente:

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

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: Presentación de propuesta para el proceso de selección abreviada de menor **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.,**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona natural, consorcio, unión temporal : domiciliado en Ciudad de la persona firmante., identificado con Documento de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación publica, me permito presentar, en nombre de Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de contratación de mínima cuantía cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8..**

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

El objeto del proceso se encuentra detalladamente enunciado en el pliego de condiciones y en el Anexo 1 "especificaciones técnicas" y para todos los efectos legales, mi propuesta debe entenderse referida a los mismos, teniendo en cuenta su descripción, número y especificaciones técnicas y funcionales.

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

1. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que conozco y acepto el contenido de los pliegos de condiciones y de sus Anexos y Formularios, así como el de cada uno de las adendas hechos al mismo.

2. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

3. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT

_____ manifiesto que la propuesta que presento es irrevocable e incondicional, y obliga insubordinadamente al proponente que represento.

4. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ manifiesto que ni es suscrito, y/o directores nos encontramos incursos en ninguna de las causales de inhabilidad y/o incompatibilidad determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

5. Yo _____, identificado como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de la entidad _____ identificada con No. NIT _____ declaró bajo juramento, que se entiende prestado por la suscripción de la presente carta de presentación de la propuesta, que hemos declarado únicamente la verdad en la información y propuesta suministradas, y que en consecuencia no existe ninguna falsedad en la misma, siendo conscientes de las consecuencias penales que pueden derivarse de cualquier falsedad que se evidencie en la información aportada con la propuesta, o en las declaraciones contenidas en la presente carta de presentación de la propuesta.

6. Que nos comprometemos a proveer a **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** , en caso de resultar adjudicatarios del presente proceso de contratación, los servicios de salud especializados ofrecidos en la presente propuesta, que corresponden a aquellos solicitados en el pliego de condiciones, con las especificaciones, términos, condiciones y plazos establecidos en los Pliegos de Condiciones

7. Manifestamos además que hemos realizado el examen completo y cuidadoso, y que hemos investigado plenamente, las condiciones del proceso y del futuro contrato que nos comprometemos a ejecutar, así como los riesgos que del mismo se derivan, y declaramos que se encuentra bajo nuestra responsabilidad y es nuestra especialidad técnica el conocimiento detallado de la tecnología y los equipos a los cuales aplicaremos nuestro trabajo, y en general, que conocemos todos los factores determinantes de los costos de ejecución del contrato a suscribir, los cuales se encuentran incluidos en los términos de nuestra propuesta

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

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

10. Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos

informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.

11. Aceptamos plena, incondicional y estrictamente los términos del presente proceso de contratación que se ofrece y nos comprometemos a suscribirlo sin modificaciones sustanciales o formales de ninguna naturaleza, por la sola adjudicación que a nosotros se nos haga del ,contrato, salvo aquellas modificaciones que determine incluir **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** por considerarlas necesarias para incorporar las variaciones que se deriven de las adendas que se expidan dentro del proceso de selección y contratación, las que de antemano aceptamos.

12. Manifestamos y declaramos que nuestra propuesta no contiene ningún tipo de información confidencial o privada de acuerdo con la ley colombiana, y en consecuencia, consideramos que **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** , se encuentra facultado para revelar dicha información sin reserva alguna, a partir de la fecha de apertura de las propuestas, a sus agentes o asesores, a los demás proponentes ó participantes en el proceso de selección y contratación impulsado al público en general (Esta declaración puede ser suprimida y sustituida por una en la que se declare que la propuesta contiene información confidencial, en el caso de ser ello así, debiendo indicar de manera explícita los folios en los cuales obra tal información, y la justificación legal y técnica que ampara los documentos que sean citados con la confidencialidad invocada, mencionando las normas, disposiciones, decisiones de organismos competentes y actos administrativos que le confieran tal confidencialidad a los mismos).

13. Que me obligo a suministrar a solicitud de **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** cualquier información necesaria para la correcta evaluación de esta propuesta, dentro de los términos que al efecto determine esa entidad.

14. El CONTRATISTA se obliga a mantener indemne a **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** de cualquier reclamación proveniente de terceros que tenga como causa sus actuaciones.

15. Que recibiremos notificaciones en la secretaría de mi Despacho, en la siguiente dirección: _____ correo electrónico: _____ Teléfono(s): _____ Fax _____.

16. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta de _____ No. _____ entidad bancaria _____ sucursal _____ ciudad _____ país: Colombia.

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

18. El plazo de ejecución del contrato que se derive del presente proceso será hasta el día ___ del mes de _____ de la vigencia 2026 o hasta agotar el presupuesto, contados a partir del día hábil siguiente a la aprobación de la garantía única y suscripción de la carta de inicio

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

CIUDAD _____ FECHA _____

Mediante la presente certifico la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es comerciante)

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero

Nota. La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días. Los Consorcios y Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

2. INFORMACION BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA — Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código interno humano

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

Tipo documento de identificación:

Cédula de Ciudadanía		No.	
Cédula de Extranjería		No.	
NIT Persona Jurídica		No.	
NIT Persona Natural		No.	
Pasaporte		No.	
Registro Civil		No.	
Tarjeta de Identidad		No.	
Otro Tipo Documento		No.	Cual

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		Cooperativa		Empresa Ind. Y Com del Estado	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal		Asociaciones Mutualistas	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Instituto de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Publica		Presupuestos	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Animo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI
	PÚBLICO			NO
	MIXTO			
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PÚBLICO		%	
	PRIVADO		%	
	TOTAL		%	

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO	Código: FP-F-039
	Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Versión: 1
		Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCIÓN EN LA FUENTE ICA	
RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCIÓN EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI		NO

5. UBICACION

TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	

Dirección _____ Teléfono _____

E-mail _____ Fax _____

Pais _____ Región _____

Ciudad _____

Localización Nacional Extranjero

Página Web _____ Contacto _____

Designación del contacto _____ E-mail del contacto _____

Apartado Aéreo _____

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por sus(s) hijo(s) menor(es)	
Donatarios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:

Entidad Financiera _____ Número de Cuenta _____

Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	Ahorro	Depósito Electrónico

Certifico que la información aquí consignada es legítima y me responsabilizo de la misma para efectos legales

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato valido para la creación de cuentas bancarias de terceros en el sistema SIIF Nación es el presente

NOTA 2: la información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras

NOTA: dicho formato también puede ser descargado de la web con el nombre **DATOS BASICOS CREACION BENEFICIARIO CUENTA SIIF NACION**

FORMULARIO No. 3

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio unión temporal .: domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, de manera libre, voluntaria y bajo la gravedad de juramento, me permito certificar que:

1. Los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provienen de actividades ni fuentes ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
2. Que mi empresa sea utilizada para dar apariencia de legalidad a fondos ilegales o para financiar actividades terroristas.
3. Que mi empresa y sus representantes, socios, administradores, accionistas y/o beneficiarios finales no realizan, facilitan, promueven ni han realizado directa o indirectamente actividades ilícitas, tales como:
    - Lavado de activos (LA).
    - Financiación del terrorismo (FT).
    - Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM).
    - Tráfico de estupefacientes o sustancias psicoactivas.
    - Enriquecimiento ilícito.
    - Corrupción, soborno transnacional o cualquier conducta tipificada como delito en la legislación penal colombiana.
    - Actividades provenientes de grupos armados organizados, organizaciones criminales o cualquier fuente marcada como de alto riesgo.
4. Que Monitorearé las operaciones de mi empresa para identificar y detectar posibles actividades del lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
5. Que verificare la identidad de los clientes y las transacciones entre ellos para evaluar y mitigar los riesgos asociados
6. Que implementaré políticas y procesos establecidos por entidades como la Superintendencia Financiera de Colombia para gestionar y mitigar estos riesgos.
7. Me comprometo a informar de manera inmediata a la entidad contratante cualquier situación que pueda constituir indicio o sospecha de operaciones inusuales o actividades que puedan considerarse de riesgo en materia de LA/FT/FPADM, así como cualquier cambio relevante en la estructura societaria o en los beneficiarios finales.

Finalmente y de resultar adjudicatario del proceso, me comprometo a que todos los recursos que financiarán la ejecución del contrato, incluidos los flujos operativos, nóminas, pagos a proveedores e inversiones, mantendrán origen lícito y verificable, garantizando la trazabilidad y transparencia en los movimientos financieros asociados al contrato

El proponente:

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

FORMULARIO No. 4

CERTIFICADO SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

Referencia: sostenibilidad de precios del proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociacion, persona natural, consorcio, unión temporal : domiciliado en Domicilio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, me comprometo a sostener los Precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso de selección abreviada menor cuantía **PN RASES8 SA MC ___ - 2026**, durante la vigencia del contrato y las eventuales suscripciones si esta se llegara a suscribir, así mismo los precios ofertados incluyen la carga tributaria, arancelaria de Ley, todos los costos administrativos como seguros y fletes, no se harán reajustes ni cobros adicionales el cual tiene por objeto la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

El proponente:

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

FORMULARIO No. 5

CERTIFICACION DE CAPACIDAD OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA

Ciudad, seleccionar la fecha

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

Yo _____, representante legal de la_____, certifico que la entidad que represento, cuenta la con suficiencia técnica y administrativa para prestar los servicios a contratar, estimado a partir de la capacidad instalada (recursos logísticos, operativos y físicos), se cuenta con la disponibilidad requerida, cobertura requerida y oportunidad de atención, frente a las necesidades expresadas por la Unidad Prestadora de Salud magdalena.

De igual forma se certifica que la dirección registrada en la cámara de comercio proporcionada por la entidad que represento coincide con la dirección registrada en el RUT y el establecimiento abierto al público.

Atentamente:

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

FORMULARIO No. 6

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.

Cordial, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN** del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8..**

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

PRIMERO: Que la **Regional De Aseguramiento En Salud No.8** adelanta un proceso de selección abreviada para la celebración de un contrato estatal.

SEGUNDO: Que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la **Regional De Aseguramiento En Salud No.8** para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

1.1. El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

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

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

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. El proponente se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de selección abreviada.

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

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

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

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

El proponente:

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

NOTA: PARA EL CASO DE OFERTAS CONJUNTAS, SUSCRIBIRÁN EL PRESENTE DOCUMENTO TODAS LOS QUE CONFORMAN EL CONSORCIO, UNIÓN TEMPORAL O PROMESA DE SOCIEDAD A TRAVÉS DEL INTEGRANTE, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO.

FORMULARIO No. 7

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD** del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es la **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8..**

El(los) Suscritos(s) a saber:_____ domiciliado en Bogotá, quien obra en calidad de Representante legal, que en adelante se denominará **EL PROPONENTE**, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, dentro del pliego de condiciones y/o Términos de Referencia teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** adelanta un proceso de contratación para la celebración de un contrato estatal la ejecución del proyecto que tiene por objeto **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8."**

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

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1. Mantener en reserva y no divulgar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** revelada por **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **CONTRATO**, la información que le sea entregada directamente por **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** y/o sus designados.
3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **CONTRATO**.
4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**.
5. Reconocer que el recibo de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de

cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**.

6. suscribir, con antelación a la revelación de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**, los Acuerdos de Confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente Acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, involucrara o llegare a involucrar en la ejecución de las actividades que le correspondan para el cumplimiento del objeto del **CONTRATO**.
7. **El PROPONENTE** mantendrá una lista de usuarios de **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que será entregada a **EL PROPONENTE** cuando ella lo solicite.
8. Utilizar única y exclusivamente **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución de lo que le competa en relación con el CONTRATO.
9. No utilizar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** que conozca o llegare a conocer, en desarrollo y ejecución del **CONTRATO**, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el mismo, prohibiéndose la divulgación inclusive para fines académicos.
10. Adoptar y mantener mecanismos internos de seguridad adecuados para proteger la confidencialidad de toda la información que conozca o llegare a conocer en desarrollo del **CONTRATO**.
11. No usar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** de modo que pueda ser de alguna manera, directa o indirectamente, perjudicial para los intereses de **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**.
12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8**.
13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

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

FORMULARIO No. 8

FORMATO GESTION AMBIENTAL

Cartagena, seleccionar la fecha.

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

Ref. proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA MC _____ - 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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

En cumplimiento de lo anterior, me comprometo a:

- Dar cumplimiento a la legislación ambiental colombiana vigente, de conformidad con la naturaleza de las actividades desarrolladas en el marco del contrato.
- Tramitar, mantener vigentes y cumplir los permisos, concesiones, autorizaciones y/o licencias ambientales que sean requeridos antes, durante y al finalizar la ejecución contractual
- Aplicar buenas prácticas ambientales, tales como el uso eficiente del agua, el ahorro de energía, la adecuada gestión de residuos, el cumplimiento de los límites máximos permisibles de emisiones, el uso de productos biodegradables, y la reducción del uso de plásticos de un solo uso, de acuerdo con el tipo de servicio a contratar.
- Asegurar la segregación en la fuente, almacenamiento temporal seguro, transporte y disposición final por parte de gestores autorizados, manteniendo manifiestos, actas de disposición final y certificados. Cuando aplique, cumplir el PGIRASA u otros planes sectoriales.
- Disponer de convenios y/o contratos vigentes con un gestor externo debidamente autorizado, así como de las actas de disposición final correspondientes. Así mismo, el gestor externo deberá contar con las licencias ambientales vigentes, certificados requeridos por la normatividad aplicable y demás documentos habilitantes. Toda la documentación deberá mantenerse actualizada y, en caso de ser requerida, será remitida al supervisor del contrato.
- Garantizar que el personal bajo mi responsabilidad se encuentre capacitado en temas ambientales relacionados con la gestión integral de residuos, saneamiento básico y cumplimiento ambiental, disponiendo de las actas, registros y certificaciones de capacitación y socialización respectivas.
- Asumir como responsabilidad propia cualquier infracción ambiental derivada de la omisión en la obtención de permisos, concesiones o licencias ambientales que resulten necesarias antes, durante o al finalizar la ejecución del servicio u obra

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

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 9
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE
CORRESPONDE AL TÉCNICO

Soledad, seleccionar la fecha

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

FECHA: _____

CERTIFICADO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD			% PART	VALOR CONTRATO EN PESOS (2)	VALOR EJECUTADO A LA FECHA	VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (3) SMMLV	OBJETO DEL CONTRATO
				I	UT	C					
1											
2											
TOTAL											

I: INDIVIDUAL

UT: UNION TEMPORAL

C: CONSORCIO

FORMULARIO No. 10

CERTIFICACIÓN DE CONTRATOS PARA ACREDITACIÓN DE EXPERIENCIA PROPONENTE EXTRANJERO SIN SUCURSAL O DOMICILIO EN COLOMBIA

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Contratos relacionados con la actividad de estudios en Moneda del País de Origen (A)	Contratos relacionados con la actividad estudios y diseños convertidos a Moneda Legal Colombiana (B)	Participación porcentual del proponente en el contratista plural (C)	Valor en Pesos Colombianos de los contratos ejecutados (valor del contrato ponderado por la participación) (D) (B * C) = D
Contrato	Contrato	Contrato	contrato
Contrato	Contrato	Contrato	contrato
Contrato	Contrato	Contrato	contrato
Contrato	Contrato	Contrato	contrato
Contrato	Contrato	Contrato	contrato
Total		Contrato	contrato

El proponente:

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (CC ☐ CE ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional
NOTA: los representantes de los integrantes del Oferente plural deben suscribir cada uno el presente documento

FORMULARIO No. 11

CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC ____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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

PROPONENTE	ACTIVO CORRIENTE	ACTIVO TOTAL	PASIVO CORRIENTE	PASIVO TOTAL
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX 000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX 000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX 000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00

PROPONENTE	UTILIDAD OPERACIONAL	GASTOS DE INTERESES	PATRIMONIO
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00
	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00	$ 20XX-000.000.000,00

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

	pasivo corriente		pasivo corriente	gastos de Intereses		
RESULTADO						

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 12
CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Avenida Circunvalar No. 45-124
Soledad - Atlántico

Referencia: **CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO** de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8."**

El suscrito declaro bajo gravedad de juramento acorde a la actividad comercial desarrollada, o al objeto social de la empresa que represento, que me encuentro facultado para ejercer las actividades comerciales propias a cada actividad, especialidad y grupo descrito en el pliego de condiciones "Clasificación en el Registro Único de Proponentes", así

SEGMENTO	FAMILIAS	CLASES
Segmento	Familia	Clases

Autorizo a la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8 de la Policía Nacional para verificar la información suministrada

El proponente:

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

FORMULARIO No. 13

Ciudad, seleccione la fecha

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8
Ciudad.

Referencia: Indicación de trato nacional Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso número Diligencie el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

En observancia a lo establecido en el Artículo 2.2.1.2.4.1.3 del Decreto 1082 de 2015, de conformidad con el Artículo 20 de Ley 80 de 1993 y para efectos del Parágrafo del Artículo 1 de la Ley 816 de 2003, modificado por el Artículo 51 del Decreto 019 de 2012; para otorgar puntaje como productor 100% nacional se deberá diligenciar por parte del Oferente el siguiente Anexo, discriminando la información dependiendo si es un Tratado o Acuerdo Internacional o si aplica el Principio de Reciprocidad, así;

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

En caso de haberse suscrito y se encuentre vigente Acuerdo o Tratado Internacional alguno aplicable al presente proceso de contratación, indicar los siguientes datos:

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: Diligenciar identificación del acuerdo.
Objeto del Tratado: Diligenciar el objeto del tratado
Ubicación en el SECOP (Link): Diligenciar link de consulta

RECIPROCIDAD

En ausencia de Acuerdo o Tratado Internacional, pero si existe trato nacional en virtud del Principio de Reciprocidad, indicar los siguientes datos:

Fecha de la expedición de la certificación: seleccionar fecha de expedición.
Estado sobre el que se certifica: Diligenciar estado.
Ubicación en el SECOP (LINK): Diligenciar link de consulta

Nota: estos datos serán verificados por la UNIDAD EJECUTORA por medio de la Página Web www.colombiacompra.gov.co, teniendo en cuenta que conforme con el *"Manual para el manejo de los Acuerdos Comerciales en Procesos de Contratación"* Versión M-MACPC-12 expedido por la Agencia Nacional de Contratación, la Entidad debe verificar los contenidos sobre Trato Nacional ya que no en todos los casos los conoce.

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

FORMULARIO No. 14

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8
Ciudad.

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

1. OFRECIMIENTO DE BIENES Y/O SERVICIOS NACIONALES (PRODUCCIÓN NACIONAL, ACUERDO O TRATADO INTERNACIONAL O PRINCIPIO DE RECIPROCIDAD)

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean prestados y suministrados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Producción Nacional	Cuando es prestado y/o suministrado por un oferente colombiano o residente en Colombia	SI ☐
Por Acuerdo o Tratado Internacional o Principio de Reciprocidad	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que hacen parte de Acuerdos o Tratados Internacionales celebrados con Colombia para compras estatales aplicables a este proceso de contratación	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional
	Para los bienes y/o servicios correspondientes a empresas nacionales de países que aplican el Principio de Reciprocidad	SI ☐ Deberá allegar diligenciado el formulario indicación de trato nacional

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	**Certifico Marcar con (x) donde corresponda**	**Puntaje determinado según pliego de condiciones**
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.

Nota 1: los oferentes que certifiquen el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 1 del presente obtendrán la asignación puntos de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN.**
Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 1 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL

Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean ejecutados así:

		Marcar (X) según corresponda
Por Componente Nacional	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos	SI ☐
En el Exterior	Cuando la incorporación de bienes y/o servicios es realizada mediante la vinculación de personas naturales o jurídicas que presten servicios profesionales, técnicos u operativos extranjeras	SI ☐

Porcentaje de los bienes y/o servicios de acuerdo con el desarrollo del proceso contractual.	Certifico Marcar con (x) donde corresponda	Puntaje determinado según pliego de condiciones
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%.
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%
Haga clic o pulse aquí para escribir texto.	☐	%

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 del presente obtendrán la asignación puntaje de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**

Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.

Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta.

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 15

FORMULARIO SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8
Ciudad.

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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

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

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

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

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

Nota: seleccionar, según corresponda.

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

- **Cumplir con las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.**
- **Participar en las actividades que la Policía Nacional desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.**
- **Cumplir con el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.**
- **Conocer y participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por parte de la Policía Nacional y los brigadistas de los centros de trabajo en donde desarrollará las actividades.**

- Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.
- Practicarse o practicar a sus trabajadores (según sea el caso), los exámenes médico ocupacionales y complementarios que correspondan, de acuerdo a la actividad contratada y objeto del contrato.
- Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.
- Entregar los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista, efectuando los pagos a la ARL de acuerdo a la clase de riesgo de la actividad desarrollada.

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

1. Estándares mínimos para empresas, empleadores y contratantes con diez (10) o menos trabajadores, clasificadas con riesgo I, II ó III
2. Estándares mínimos para empresas de once (11) a cincuenta (50) trabajadores clasificados con riesgo I, II ó III.
3. Estándares mínimos para empresas de más de cincuenta (50) trabajadores clasificados con riesgo I, II, III, IV ó V y de cincuenta (50) ó menos trabajadores con riesgo IV ó V.

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

El proponente:

_____

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

Nota: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

FORMULARIO No. 16

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 17

FORMULARIO DE INDICADORES DE DECRETO 441 DE 2022

INDICADORES DECRETO 441 DE 2022

INDICADORES TÉCNICOS DE CALIDAD, DE GESTIÓN Y RESULTADOS (IMPACTO)

Los siguientes son los indicadores de calidad, gestión y resultados que hasta el momento se han obtenido con la intervención a la población objeto del contrato:

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

Para garantizar un control eficiente y transparente de la ejecución contractual, se ha implementado un sistema de semaforización. Esta herramienta visual permite identificar rápidamente el estado de cumplimiento de los compromisos y facilitar la toma de decisiones basada en datos precisos.

Las convenciones definidas para la medición de los indicadores son las siguientes:

● Azul (Sobresaliente): El desempeño supera las metas establecidas, evidenciando una gestión excepcional y un valor agregado en la ejecución.

● Verde (Óptimo): El resultado cumple plenamente con los estándares y cronogramas pactados, situándose dentro del rango de normalidad esperado.

◍ Amarillo (Insuficiente): Se identifican desviaciones menores o metas alcanzadas parcialmente. Requiere atención inmediata y ajustes para evitar el escalamiento a niveles críticos.

● Rojo (Deficiente): El resultado está significativamente por debajo de los niveles mínimos aceptables, indicando un incumplimiento que compromete los objetivos del contrato.

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

La implementación de este sistema es fundamental para transformar datos técnicos en información accionable. La semaforización permite que cualquier interesado realice un seguimiento intuitivo y ágil, facilitando la interpretación inmediata del desempeño sin necesidad de análisis exhaustivos de cifras complejas.

Al estandarizar la evaluación, se garantiza una comunicación clara entre las partes, permitiendo priorizar esfuerzos en las áreas críticas (rojo y amarillo) y mantener la estabilidad en los procesos exitosos, así como la activación del análisis por parte de los equipos técnicos en cada unidad.

SECTOR / SUBSECTOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA O DEFINICIÓN	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Proporción de satisfacción global del usuario del servicio	**Numerador**: Número de usuarios que califican como buena o muy buena su experiencia global respecto a la atención recibida **Denominador**: Número total de usuarios que respondieron la encuesta de satisfacción.	89% -80% 79% -70%

Indicador Nro 1.

1. Nombre: Proporción de satisfacción global

2. Descripción: Es un indicador clave de calidad que mide el porcentaje de usuarios que reportan estar satisfechos con la totalidad de la atención recibida en una institución de salud, evaluando aspectos como la calidad del servicio, la comunicación, la accesibilidad y la empatía del personal, a través de encuestas aplicadas a pacientes.

3. Unidad de medida: porcentaje

4. Fórmula	Numerador: Número de usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido? en el servicio Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
5. Periodicidad de medición	Mensual

6.Progresividad de la medición

La evaluación del indicador se realizará de forma gradual para permitir el despliegue de las herramientas de captura de información y la implementación de planes de mejora en el servicio:

Mes 1: El objetivo principal será alcanzar el tamaño de muestra mínimo representativo (el 10% de los usuarios atendidos); el contratista deberá presentar un informe de barreras detectadas.

Mes 2 a Mes 4: Se exigirá un cumplimiento mínimo del 80% sobre la meta establecida (si la meta es 90% de satisfacción, el umbral de aceptación será 70%), el prestador debe demostrar que ha implementado acciones correctivas sobre las quejas del mes anterior.

Mes 5 en adelante: Cumplimiento del 100% de la meta pactada. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Res 1446 de 2006
10. Meta, umbral o rango esperado	89% -80% 79% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

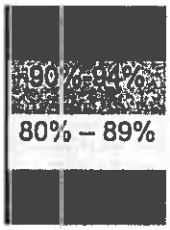
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)

Calidad / Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas	

Indicador Nro. 2 1. Tiempo: promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada	
2. Descripción: Mide el número de días que transcurren, en promedio, desde el momento en que un usuario solicita una cita de medicina especializada de primera vez hasta la fecha efectiva en que la institución le asigna el espacio en la agenda. Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso a la atención especializada y la capacidad de respuesta de la red prestadora, permitiendo identificar barreras administrativas o falta de oferta de especialistas.	
3. Unidad de medida: Días calendario	
4. Fórmula	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador de oportunidad en medicina especializada se aplicará de manera gradual, permitiendo la estabilización del modelo de atención y la depuración de la demanda acumulada, bajo el siguiente esquema: **Mes 1:** Durante el primer mes de ejecución se medirá el estado inicial de la agenda y se ajustarán los canales de solicitud del prestador. **Mes 2 a Mes 4:** El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta establecida** (Si la meta son 15 días, se aceptará un margen de tolerancia hasta de 25 días mientras se ajustan las agendas). **Mes 5 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad/oportunidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Resolución 5171 de 2017, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	



11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Acceso	Accesibilidad sin barreras	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.	

Indicador Nro. 3

1. Nombre: Accesibilidad sin barreras

2. Descripción: Mide el porcentaje de solicitudes de servicios de salud que son atendidas sin la presencia de barreras administrativas, tales como trámites innecesarios, demoras injustificadas, negaciones no pertinentes o fallas en los procesos de autorización. Este indicador permite evaluar la eficiencia en la gestión administrativa y el acceso efectivo de los usuarios a los servicios, especialmente en procesos de asignación y prestación de atenciones en salud.

3. Unidad de medida: Porcentaje

4. Fórmula	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Mensual

6. Progresividad de la medición

La evaluación del indicador se implementará de manera gradual, considerando el ajuste de los procesos administrativos y la adopción de mejoras en la gestión de la demanda:

Mes 1: Levantamiento de línea base, identificación de barreras administrativas frecuentes y ajuste de procesos internos.

Mes 2 a Mes 4: Cumplimiento mínimo del **85% de la meta establecida**, permitiendo ajustes en la operación. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento del **100% de la meta (≥ 95%)**, con carácter obligatorio y vinculante para evaluación contractual.

7. Tipología	Calidad-acceso
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional que realizan solicitudes de servicios de salud.	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 256 de 2016, Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 80% – 89% [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Calidad / Seguridad del paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización **Denominador**: Total de egresos de hospitalización.	[redacted] 0 1 [redacted]

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
2. Descripción: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.
3. Unidad de medida: Porcentaje

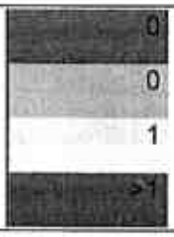
4. Fórmula	**Numerador**: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. **Denominador**: Total de egresos de hospitalización.
5. Periodicidad de medición	Mensual

6.Progresividad de la medición

Mes 1 a 2: Durante este periodo, la prioridad es la estandarización del reporte. No se evaluará el cumplimiento de una meta mínima, sino la oportunidad y calidad de los informes de seguridad. El contratista deberá demostrar que cuenta con el comité de seguridad activo y la metodología de análisis de causas implementada.

Mes 3 a 4: Se establece una meta máxima de tolerancia basada en el histórico de la institución o el promedio nacional. El enfoque de la supervisión estará en la ejecución de los planes de mejora derivados de los eventos reportados en la fase anterior.

Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019, Decreto 780 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Seguridad del paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias **Denominador**: Total de personas atendidas en urgencias	

Indicador Nro. 4

1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

2. Descripción: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.

3. Unidad de medida: Porcentaje

4. Fórmula	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias **Denominador**: Total de personas atendidas en urgencias
5. Periodicidad de medición	Mensual

6.Progresividad de la medición

Dada la naturaleza crítica del servicio de Urgencias y la vulnerabilidad de la población del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, la progresividad se orienta a la detección temprana y prevención de riesgos:

Mes 1: El prestador deberá socializar con la supervisión sus protocolos de "Correctos en la administración de medicamentos" y el sistema de reporte en línea. Durante este mes, el enfoque será pedagógico; se evaluará la capacidad de reporte y no la tasa de incidencia.

Mes 2 a 3: Se permitirá un margen de tolerancia basado en el perfil epidemiológico de las urgencias atendidas. El contratista deberá entregar análisis de "Casi fallas" (incidentes que no llegaron a causar daño) como medida preventiva. El cumplimiento de la meta debe alcanzar al menos el 90% de efectividad respecto al estándar.

Mes 4 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019, Decreto 780 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	0 1
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA OPERACIONAL	RESULTADO META (SEMÁFORO)
Calidad / Seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo Denominador: Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.	0 1

Indicador Nro. 5

1. Nombre: Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	
2. Descripción: Es un estimador de las caídas de pacientes en hospitalización en un mes de seguimiento	
3. Unidad de medida: Por 1000 días de estancia	
4. Fórmula	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo Denominador: Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.
5. Periodicidad de medición	Mensual

6.Progresividad de la medición

La medición de este indicador busca la identificación de riesgos intrínsecos (estado del paciente) y extrínsecos (infraestructura y procesos) en el entorno hospitalario:

Mes 1: Se evaluará el cumplimiento de la Escala de Valoración de Riesgo de Caída (ejemplo escala de Morse o Downton) en el 100% de las historias clínicas. El enfoque será la identificación del riesgo al ingreso del paciente.

Mes 2 a 3: Se medirá la implementación de barreras físicas (barandas, frenos de camas, iluminación) y rondas de enfermería.

Mes 4 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, el contratista deberá mantener la tasa por debajo del límite pactado y aplicar medidas correctivas inmediatas.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019, y demás disposiciones vigentes. Política de Seguridad de Paciente. Práctica Segura: prácticas seguras en prevención y reducción de la frecuencia de caídas en Pacientes.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)

Calidad / Seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Numerador: Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo. Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	[redacted] 0 1 [redacted]

Indicador Nro. 6	
1. Nombre: Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	
2. Descripción: Es un estimador de las caídas de pacientes en urgencias en un mes de seguimiento	
3. Unidad de medida: Por 1000 personas atendidas en urgencias	
4. Fórmula	Numerador: Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo. Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el periodo
5. Periodicidad de medición	Mensual

6. Progresividad de la medición

La evaluación de este indicador se ejecutará de manera escalonada, reconociendo la dinámica de alta rotación propia del servicio de urgencias:

Mes 1: Durante el primer mes, el contratista deberá certificar la señalización de áreas de riesgo y el funcionamiento de barandas en camillas de urgencias, el reporte se centrará en la identificación de puntos críticos de caída en el servicio.

Mes 2 a 3: El prestador deberá demostrar que aplica una escala de riesgo de caída desde el momento del Triage o ingreso a observación. Se establecerá una meta volante (un margen de tolerancia un 20% más flexible que la meta final) para estabilizar el proceso de cuidado.

Mes 4 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio.** A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, el prestador deberá presentar el análisis de fallas en la supervisión y cuidado de pacientes en áreas comunes o de observación.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019, y demás disposiciones vigentes. Política de Seguridad de Paciente. Práctica Segura: prácticas seguras en prevención y reducción de la frecuencia de caídas en Pacientes.
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 0 1 [redacted]

11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMAFORO)
Estructura	Proporción de cancelación de cirugía	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución Denominador: Número total de cirugías programadas	<5 % 7% >8% >10%

Indicador Nro. 7	
1. Nombre: Proporción de cancelación de cirugía	
2. Descripción: Expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a la institución.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución Denominador: Número total de cirugías programadas
5. Periodicidad de medición	Mensual

6. Progresividad de la medición

Mes 1: Se utilizará para identificar las causas raíz de cancelación (ej. falta de insumos, fallas en esterilización o falta de especialista), el prestador debe presentar un **Plan de Choque** si la tasa supera el 10% inicial.

Mes 2 a 4: El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta final**. Durante esta fase, el prestador debe garantizar que la confirmación de la cirugía y la disponibilidad de materiales se realice con al menos 48 horas de antelación.

Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441, las cancelaciones por causas atribuibles a la institución (como falta de insumos o personal) se considerarán una falla en la gestión del riesgo.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001 y otras disposiciones vigentes Res 256 de 2016

10. Meta, umbral o rango esperado	<5 % 7% >8% >10%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Tasa de mortalidad perinatal	**Numerador:** Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento. **Denominador:** Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso	0 0 1 >1

Indicador Nro. 8 1. Nombre: Tasa de mortalidad perinatal	
2. Descripción: Expresa la relación entre de defunciones de fetos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento, por cada 1.000 nacimientos	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador:** Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento. **Denominador:** Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición Dada la gravedad que representa una muerte perinatal, la progresividad no se orienta a "permitir muertes", sino a la **excelencia en la vigilancia y auditoría**:	

Mes 1: El enfoque principal será la **vigilancia epidemiológica.** El prestador debe garantizar el reporte al SIVIGILA y realizar el 100% de las auditorías bajo la metodología de "Muerte Evitable". Durante este periodo, se evaluará la adherencia a las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)** materno-perinatal.

Mes 2 a 4: Se exigirá que el prestador demuestre la ejecución de planes de mejora derivados de las auditorías realizadas (ajustes en el control prenatal, urgencias obstétricas o cuidado neonatal).

Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, cualquier caso de muerte perinatal catalogado como **"Evitable"** activará automáticamente un proceso de incumplimiento de los estándares de calidad del Decreto 441 y la revisión inmediata del contrato.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001, resolución 256 de 2016. Res 3280 de 2019 y otras disposiciones vigentes
10. Meta, umbral o rango esperado	0 0 1 >1
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Proporción de partos por cesárea	Numerador: Número de nacidos vivos por cesárea Denominador: RUAF-ND- Nacimientos-Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social	<15 % 20% >40% >50%

Indicador Nro. 9

1. Nombre: Proporción de partos por cesárea

2. Descripción Expresa la proporción de nacimientos por cesárea en la Institución Prestadora de Servicios de Salud en un periodo determinado

3. Unidad de medida: Porcentaje

4. Fórmula	**Numerador:** Número de nacidos vivos por cesárea **Denominador:** RUAF-ND- Nacimientos- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social
5. Periodicidad de medición	Mensual

6. Progresividad de la medición

Mes 1: El prestador deberá implementar la **Clasificación de Robson** (estándar internacional) para categorizar las cesáreas. El objetivo es identificar si la tasa alta se debe a la complejidad de las pacientes (remitidas) o a decisiones institucionales.

Mes 2 a 4: El contratista deberá demostrar la aplicación de protocolos de inducción del trabajo de parto y vigilancia fetal. Se establece una meta intermedia de reducción (ej. reducción del 5% respecto a la línea base) para ajustar la práctica clínica de los ginecobstetras.

Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, el incumplimiento injustificado de la meta de pertinencia podrá ser objeto de auditorías de cuentas médicas y ajustes en el pago por calidad.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud), define la Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal; Indicadores de Monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Resolución 256 de 2016):
10. Meta, umbral o rango esperado	<15 % 20% >40%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO META (SEMÁFORO)
Calidad	Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo	Numerador: Número de nacidos vivos a quienes se realiza tamizaje de hipotiroidismo Denominador: Número total de nacidos vivos * 100	mayor o igual 95% 80% - 94.9% < 80%

Indicador Nro. 10 1. Nombre: Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo	
2. Descripción Expresa la proporción de tamizaje en recién nacidos	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador:** Número de nacidos vivos a quienes se realiza tamizaje de hipotiroidismo **Denominador:** Número total de nacidos vivos * 100
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición **Mes 1:** El prestador deberá garantizar que el 100% de los nacidos vivos cuenten con la orden y la toma de la muestra antes del alta hospitalaria. **Mes 2 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del 100% de carácter obligatorio. Al ser una actividad de protección específica y detección temprana, el Decreto 441 no permite márgenes de error prolongados. **Seguimiento de Calidad:** A partir del segundo mes, además de la toma (numerador), el prestador deberá demostrar que los resultados positivos fueron notificados a la familia y a la Dirección de Sanidad en menos de 72 horas para inicio de tratamiento. El incumplimiento en un solo caso será sujeto de plan de mejora inmediato.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1980 de 2019: Es la norma de mayor jerarquía. Regula el Tamizaje Neonatal en Colombia, declarándolo como un derecho de todo recién nacido para la detección temprana de errores innatos del metabolismo, incluyendo el hipotiroidismo congénito. Resolución 3280 de 2018 (RIAS): En la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal, establece como obligatoria la toma de sangre del cordón umbilical (TSH neonatal) a todo recién nacido antes del egreso hospitalario para el tamizaje de hipotiroidismo congénito **Resolución 256 de 2016:** Establece el reporte de este indicador dentro del **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)**, lo que obliga a los prestadores a monitorear la cobertura del tamizaje.
10. Meta, umbral o rango esperado	mayor o igual 95% 80% - 94.9% < 80%

11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.	Numerador: Número de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto Denominador: Número total de gestantes de los últimos 6 meses que a la fecha de corte están en embarazo reportadas * 100	mayor o igual 95% 80% - 94.9% < 80%

Indicador Nro. 11 1. Nombre: Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.	
2. Descripción Expresa la proporción de tamizaje	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador:** Número de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto **Denominador:** Número total de gestantes de los últimos 6 meses que a la fecha de corte están en embarazo reportadas * 100
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición **Mes 1:** El prestador debe garantizar la disponibilidad permanente de pruebas rápidas en las salas de partos y urgencias obstétricas. **Mes 2 en adelante:** El cumplimiento exigido es del **100%.** Bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y el Decreto 441, no realizar la serología al ingreso para parto o aborto se considera una falla grave en la prestación del servicio, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual **Gestión del Riesgo:** El prestador deberá demostrar que todo resultado **Reactivo** activó inmediatamente el protocolo de tratamiento para la madre y el neonato, antes de su egreso hospitalario.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud): Es el referente principal. En la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS)

	Materno-Perinatal. Indicadores de Monitoreo de la Calidad (Resolución 256 de 2016).
10. Meta, umbral o rango esperado	mayor o igual 95% 80% - 94.9% < 80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL

(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Oportunidad en el trámite y pago de facturación.	**Numerador:** Total de facturas válidas y debidamente auditadas, pagadas al contratista dentro de los plazos establecidos por la ley y el contrato en el período evaluado. **Denominador:** Total de facturas válidas radicadas y aceptadas por la supervisión en el período evaluado.	[illegible] 80%-80% 79% -70%

Indicador Nro 1 1. Nombre: Oportunidad de pago en el trámite y pago de facturación (LEY 1122 DE 2007 y Decreto 441 de 2022)
2. Descripción Este indicador busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones definidas en cuanto a los procesos de facturación y pagos, definidos en la ley 1122 de 2007 entre las partes.
3. Unidad de medida: porcentaje

4. Fórmula	**Numerador:** Total de facturas válidas y debidamente auditadas, pagadas al contratista dentro de los plazos establecidos por la ley y el contrato en el período evaluado. **Denominador:** Total de facturas válidas radicadas y aceptadas por la supervisión en el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición	

Mes 1-2: Se utilizará para estandarizar los requisitos de la factura (soportes, RIPS). Durante este periodo se identificarán los cuellos de botella en la radicación.

Mes 2-3: Se exigirá un cumplimiento mínimo del **80% de las facturas válidas** pagadas dentro del término legal, el prestador y la entidad deben demostrar la reducción de glosas injustificadas.

Mes 4 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441 de 2022

7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007 (Artículo 13, literal d, sobre flujo de recursos), Decreto 441 de 2022 (Acuerdos de Voluntades en Salud), Resolución 2335 de 2023 y Resolución 2284 de 2023 (Soportes de cobro y RIPS).
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70% [illegible]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	[illegible] 80% 70%

Indicador Nro 2

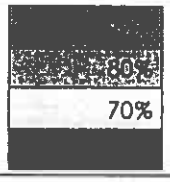
1. Nombre: Índice de Conversión de Servicios Facturados

2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de Ejecución Presupuestal y Conciliación de Servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea un reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto reportado supere los límites financieros asignados, con el fin de detectar desviaciones o sobre-ejecuciones de manera temprana.

3. Unidad de medida: porcentaje

4. Fórmula	Numerador: Total servicios prestados en el mes anterior Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente

5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La medición busca la transparencia en el reporte de costos y la eliminación de la facturación represada: **Mes 1-2:** Periodo de ajuste entre los sistemas de información del prestador y la entidad responsable del pago. mes **Mes 3 en adelante:** El índice debe tender al **100%**. Una desviación superior al 5% (hacia arriba o hacia abajo) obligará al contratista a presentar un informe de justificación técnica sobre la frecuencia de uso de servicios o fallas en el proceso de facturación.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Decreto 441 de 2022 (Art. 2.5.3.4.1.3): Que establece la obligación de definir mecanismos de seguimiento a la ejecución del contrato y la gestión del riesgo financiero. Decreto 4747 de 2007: Regula la relación entre prestadores y pagadores, específicamente en lo relacionado con soportes de facturación y radicación.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	

Indicador Nro 3

1. Nombre: Tasa de Precisión de Facturación

2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de eficiencia y calidad en el proceso de facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado.

Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número

de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La evaluación de la precisión en la facturación se aplicará de forma gradual para permitir que el equipo de facturación del prestador se alinee con el manual de glosas de la entidad: **Mes 2:** Se considera un periodo de **ajuste técnico.** Se medirá el indicador sin impacto en la calificación de desempeño, con el fin de identificar las causas recurrentes de glosa (ej. falta de soportes, errores en RIPS o falta de autorización). El cumplimiento esperado es del **85%.** **Mes 3 (Fase de Estabilización):** El prestador deberá haber implementado acciones correctivas sobre las causas detectadas. Se exigirá un cumplimiento mínimo del **92% de precisión** (valor de glosa aceptada vs. valor radicado). **Mes 4 en adelante (Fase de Régimen Permanente):** Se exigirá un estándar de excelencia con un cumplimiento del **96% o superior**. Un resultado por debajo de este umbral se considerará una ineficiencia administrativa que afecta la gestión del riesgo financiero.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007, Decreto 441 de 2022, Resolución 2335 de 2023 y Resolución 2284 de 2023 (RIPS y soportes de cobro vigentes).
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	7 %

Parágrafo 1: En caso de presentarse eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación de los servicios o tecnologías en salud, así como el cumplimiento de los indicadores pactados, el contratista deberá notificar por escrito al supervisor del contrato y a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el fin de adelantar los ajustes y modificaciones contractuales que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022.

El canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envío de la información necesaria para la revisión de los indicadores es: deata.upres@policia.gov.co.

Parágrafo 2: En caso de que se presenten eventos NO imprevisibles que afecten el cumplimiento de las metas, umbrales o rangos esperados, el supervisor, como primer mecanismo de acción, realizará una reunión con el contratista con el fin de establecer un plan de mejora. Si, durante el siguiente periodo de medición o revisión del indicador, persiste el incumplimiento de las metas, umbrales o rangos pactados, el supervisor remitirá a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 la información correspondiente (informes, actas de acciones de mejora, entre otros) para el trámite administrativo y contractual a que haya lugar.

El seguimiento de los anteriores indicadores durante la ejecución del contrato o acuerdo de voluntad, deberá contener como mínimo:

1. Caracterización de la población.

2. Resultado del indicador y porcentaje o nivel de cumplimiento.

3. Descripción de avances.

4. Fecha de corte.

Del mismo modo deberá efectuarse seguimiento a las acciones administrativas para mejorar y facilitar los procesos de facturación y de gestión de cuentas médicas, así como a los procesos de referencia y contrarreferencia y a las acciones para la atención con y sin mediación de la autorización.

FORMULARIO No. 18

FORMATO VISITA TÉCNICA

ITEM		CRITERIO TECNICO	EVIDENCIA/OBSERVACIÓN	CUMPLE	
				SI	NO
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS:					
1	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL			
2	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO			
3	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS			
4	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL			
5	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO			
6	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS			
7	120	CUIDADO BASICO NEONATAL			
8	129	HOSPITALIZACION ADULTOS			
9	130	HOSPITALIZACION PEDIATRICA			
10	201	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			
11	202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
12	203	CIRUGIA GENERAL			
13	204	CIRUGIA GINECOLOGICA			
14	205	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
15	207	CIRUGIA ORTOPEDICA			
16	209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA			
17	210	CIRUGIA ONCOLOGICA			
18	211	CIRUGIA ORAL			
19	212	CIRUGIA PEDIATRICA			
20	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
21	214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA			
22	215	CIRUGIA UROLOGICA			
23	217	OTRAS CIRUGIAS			
24	218	CIRUGIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA			
25	227	CIRUGIA ONCOLOGICA PEDIATRICA			
26	231	CIRUGIA DE LA MANO			
27	232	CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS			
28	233	CIRUGIA DERMATOLOGICA			
29	234	CIRUGIA DE TORAX			
30	235	CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
31	245	NEUROCIRUGIA			
32	301	ANESTESIA			
33	302	CARDIOLOGIA			
34	303	CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
35	304	CIRUGIA GENERAL			
36	306	CIRUGIA PEDIATRICA			
37	308	DERMATOLOGIA			
38	309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS			
39	310	ENDOCRINOLOGIA			
40	316	GASTROENTEROLOGIA			
41	317	GENETICA			
42	320	GINECOBSTETRICIA			
43	321	HEMATOLOGIA			
44	323	INFECTOLOGIA			
45	326	MEDICINA FISICA Y DEL DEPORTE			
46	327	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
47	329	MEDICINA INTERNA			
48	330	NEFROLOGIA			
49	331	NEUMOLOGIA			
50	332	NEUROLOGIA			
51	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA			
52	340	OTORRINOLARINGOLOGIA			

53	342	PEDIATRIA			
54	348	REUMATOLOGIA			
55	354	TOXICOLOGIA			
56	355	UROLOGIA			
57	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			
58	361	CARDIOLOGIA PEDIATRICA			
59	362	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			
60	364	CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS			
61	366	CIRUGIA DE TORAX			
62	367	CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
63	369	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
64	372	CIRUGIA VASCULAR			
65	377	COLOPROCTOLOGIA			
66	383	MEDICINA NUCLEAR			
67	384	NEFROLOGIA PEDIATRICA			
68	385	NEONATOLOGIA			
69	386	NEUMOLOGIA PEDIATRICA			
70	387	NEUROCIRUGIA			
71	388	NEUROPEDIATRICA			
72	409	ORTOPEDIA PEDIATRICA			
73	411	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
74	420	VACUNACION			
75	706	LABORATORIO CLINICO			
76	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO			
77	714	SERVICIO FARMACEUTICO			
78	715	MEDICINA NUCLEAR			
79	728	TERAPIA OCUPACIONAL			
80	729	TERAPIA RESPIRATORIA			
81	739	FISIOTERAPIA			
82	740	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE			
83	742	DIAGNOSTICO VASCULAR			
84	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO			
85	744	IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES			
86	745	IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES			
87	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL			
88	747	PATOLOGIA			
89	1101	ATENCION DEL PARTO			
90	1102	URGENCIAS			
91	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			
		IMÁGENES DIAGNÓSTICAS			
92		Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo			
93		Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información			
94		Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.			
95		Señalización visible de advertencia 'Radiación ionizante'.			
96		Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.			
		VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO			
97		LABORATORIO CLÍNICO			
98		CONSULTA EXTERNA			
99		SERVICIO DE URGENCIA			
100		SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN			
101		SERVICIO DE CIRUGIA			
102		SERVICIO DE UCI			
103		SERVICIO FARMACEUTICO			

104	SERVICIO HEMODINAMIA			
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN			
105	HISTORIA CLÍNICA (ELECTRÓNICA) CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS - ACCESOS RESTRINGIDOS			
	PROCESOS PRIORITARIOS			
106	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
107	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
108	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)			
109	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
110	CÓMITE DE INFECCIONES			

_____

Firma y nombre (Diligenciar el nombre completo del funcionario que realiza la visita)

_____

Firma y nombre completo del funcionario que atiente la visita

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