1152	592303	URETROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.330.418
1153	592401	LITOTRICIA (FRAGMENTACIÓN) INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS EN VÍA URINARIA	$ 8.211.797
1154	592403	LITOTRICIA (FRAGMENTACIÓN) EXTRACORPÓREA DE CÁLCULOS COMPLEJOS EN VÍA URINARIA	$ 12.919.174
1155	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSIÓN DEL MÚSCULO ELEVADOR)	$ 2.185.535
1156	597104	CISTOURETROPEXIA VAGINAL	$ 2.339.426
1157	597105	AJUSTE DE DISPOSITIVO DE CISTOURETROPEXIA	$ 2.038.859
1158	597920	URETROPLASTIA DE AMPLIACIÓN	$ 2.740.503
1159	597940	URETROCOLPOPEXIA VÍA VAGINAL O ABDOMINAL	$ 2.807.449
1160	597941	URETROCOLPOPEXIA REPRODUCIDA VÍA VAGINAL O ABDOMINAL	$ 2.809.344
1161	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.882.082
1162	600110	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ABIERTA	$ 1.835.759
1163	600112	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.884.800
1164	600201	PROSTATOLITOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.806.030
1165	600202	PROSTATOLITOTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 3.822.100
1166	600203	PROSTATOLITOTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.157.833
1167	601101	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 929.281
1168	601102	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR ABORDAJE PERINEAL	$ 956.893
1169	601103	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR SATURACIÓN ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 1.111.840
1170	601104	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR SATURACIÓN ABORDAJE PERINEAL	$ 1.118.830
1171	601201	BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA	$ 1.651.068
1172	601301	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE VESÍCULAS SEMINALES POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 386.400
1173	602002	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL	$ 3.128.538
1174	602003	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA O TRANSVESICOCAPSULAR	$ 2.503.171
1175	605101	RESECCIÓN DE PRÓSTATA [PROSTATECTOMÍA] RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA]	$ 3.395.447
1176	605112	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR ABLACIÓN	$ 3.968.434
1177	607201	RESECCIÓN DE VESÍCULA SEMINAL [VESICULOTOMÍA]	$ 288.700
1178	607301	VESICULECTOMÍA O ESPERMATOCISTECTOMÍA	$ 3.434.044
1179	609101	ASPIRACIÓN DE PRÓSTATA, VÍA PERCUTÁNEA	$ 532.100
1180	609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA	$ 1.869.271
1181	609501	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTÁTICA VÍA ABIERTA	$ 969.108
1182	609502	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO TRANSURETRAL EN URETRA PROSTÁTICA VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.282.100
1183	610101	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	$ 828.305
1184	611101	BIOPSIA DE ESCROTO	$ 443.200
1185	611102	BIOPSIA DE TÚNICA VAGINALIS	$ 1.332.742
1186	612101	REPARACIÓN O ESCISIÓN DE HIDROCELE [HIDROCELECTOMÍA] DE TÚNICA VAGINALIS	$ 2.309.996
1187	613101	RESECCIÓN DE QUISTE SEBÁCEO EN ESCROTO	$ 721.231
1188	613102	FULGURACIÓN DE LESIÓN ESCROTAL	$ 746.778
1189	613103	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO	$ 367.600
1190	613401	RESECCIÓN PARCIAL DEL ESCROTO	$ 2.800.613
1191	613402	RESECCIÓN TOTAL DEL ESCROTO	$ 3.436.667
1192	614101	SUTURA DE LACERACIÓN DE ESCROTO Y TÚNICA VAGINALIS	$ 761.444
1193	614201	FISTULECTOMÍA DE ESCROTO	$ 1.832.852
1194	614910	RECONSTRUCCIÓN DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR	$ 3.910.803
1195	619101	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL (HIDROCELE)	$ 1.416.706
1196	619202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO POR INCISIÓN	$ 938.550
1197	620101	DRENAJE POR INCISIÓN EN TESTÍCULO	$ 1.619.951
1198	621201	BIOPSIA DE TESTÍCULO, VÍA ABIERTA	$ 1.451.679
1199	622101	RESECCIÓN DE LESIÓN TESTICULAR	$ 1.685.079
1200	623001	ORQUIECTOMÍA CON EPIDIDIDECTOMÍA (RADICAL)	$ 2.058.644
1201	623002	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]	$ 2.008.464
1202	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSIÓN DE TESTÍCULO O DE CORDÓN ESPERMÁTICO	$ 2.795.577
1203	625104	FIJACIÓN TESTICULAR PROFILÁCTICA	$ 1.787.919

1204	625203	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VÍA ABIERTA	$ 2.467.342
1205	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.753.509
1206	625205	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 2.627.414
1207	626101	ORQUIDORRAFIA O SUTURA DE TESTÍCULO	$ 1.958.762
1208	629301	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DEL TESTÍCULO	$ 2.077.964
1209	630101	BIOPSIA DE EPIDÍDIMO	$ 1.290.353
1210	630201	BIOPSIA DE CORDÓN ESPERMÁTICO	$ 1.622.117
1211	630301	BIOPSIA DE CONDUCTO DEFERENTE	$ 1.290.354
1212	631010	VARICOCELECTOMÍA CON LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA	$ 2.000.013
1213	631011	VARICOCELECTOMÍA CON PRESERVACÍON DE ARTERIA	$ 2.104.178
1214	631301	HIDROCELECTOMÍA DE CORDÓN ESPERMÁTICO VÍA INGUINAL	$ 2.082.060
1215	631302	DRENAJE DE LÍQUIDO [HIDROCELECTOMÍA] DE CORDÓN ESPERMÁTICO	$ 469.100
1216	632101	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO	$ 2.056.097
1217	633201	RESECCIÓN DE HEMATOCELE DE CORDÓN ESPERMÁTICO	$ 2.095.987
1218	634001	EPIDIDIMECTOMÍA	$ 1.958.731
1219	635201	REDUCCIÓN DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO	$ 1.979.500
1220	637101	LIGADURA O SECCIÓN DE CONDUCTO DEFERENTE	$ 1.536.724
1221	637301	VASECTOMÍA	$ 1.186.968
1222	638301	EPIDÍDIMOVASOSTOMÍA	$ 3.451.103
1223	639201	INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE VÍA ABIERTA	$ 1.886.595
1224	639202	INCISIÓN DEL EPIDÍDIMO [EPIDIDIMOTOMÍA] Y DRENAJE VÍA PERCUTÁNEO	$ 2.282.400
1225	640001	CIRCUNCISIÓN	$ 1.285.982
1226	641101	BIOPSIA DE PENE	$ 1.012.800
1227	642101	FULGURACIÓN O RESECCIÓN DE LESIÓN EN PENE	$ 1.012.800
1228	643101	AMPUTACIÓN PARCIAL DEL PENE O PENECTOMÍA PARCIAL	$ 3.822.100
1229	643201	AMPUTACIÓN TOTAL DEL PENE O PENECTOMÍA TOTAL	$ 3.014.323
1230	644101	SUTURA DE LACERACIÓN O HERIDA EN PENE	$ 1.767.100
1231	644401	RECONSTRUCCIÓN PENEANA	$ 3.858.382
1232	644904	LIBERACIÓN DE CORDEE	$ 1.517.692
1233	649101	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO	$ 1.616.773
1234	649803	IRRIGACIÓN, PUNCIÓN O DRENAJE DE CUERPO CAVERNOSO	$ 2.802.509
1235	649805	INCISIÓN Y DRENAJE DE FLEGMÓN PENEANO	$ 1.278.650
1236	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.224.942
1237	651203	BIOPSIA DE OVARIO VÍA PERCUTÁNEA	$ 2.078.994
1238	651204	BIOPSIA DE OVARIO VÍA VAGINAL	$ 1.562.836
1239	652203	RESECCIÓN PARCIAL DE OVARIO VÍA VAGINAL	$ 1.553.828
1240	652301	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.399.368
1241	652303	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO VÍA VAGINAL	$ 1.443.656
1242	652304	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.814.620
1243	652404	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO VÍA VAGINAL	$ 1.429.300
1244	652410	OFOROSTOMIA	$ 1.569.558
1245	652801	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.579.052
1246	652804	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO VÍA VAGINAL	$ 1.687.378
1247	652901	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 2.248.718
1248	653101	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.415.814
1249	653104	OOFORECTOMÍA UNILATERAL VÍA VAGINAL	$ 1.591.254
1250	655101	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.572.099
1251	655104	OOFORECTOMÍA BILATERAL VÍA VAGINAL	$ 1.582.669
1252	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.574.509
1253	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.494.166
1254	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.578.589
1255	659301	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.726.953
1256	659510	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.750.720

1257	660201	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 2.383.703
1258	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.524.923
1259	662101	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.378.706
1260	664001	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.456.668
1261	664003	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR VÍA VAGINAL	$ 1.421.942
1262	665001	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.588.379
1263	665003	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR VÍA VAGINAL	$ 1.549.833
1264	666101	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.340.873
1265	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 2.115.429
1266	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 2.464.777
1267	667401	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) POR LAPAROTOMÍA	$ 2.383.475
1268	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMÍA	$ 2.428.030
1269	669101	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.750.290
1270	669103	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR VÍA VAGINAL	$ 1.704.346
1271	669201	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.730.596
1272	669203	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR VÍA VAGINAL	$ 1.613.435
1273	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA [OPERACIÓN DE ESTES]	$ 2.712.354
1274	669901	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 2.301.544
1275	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	$ 468.717
1276	671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	$ 475.401
1277	672001	CONIZACIÓN CERVICAL	$ 936.457
1278	673101	ESCISIÓN DE PÓLIPO EN CUELLO UTERINO [CÉRVIX]	$ 535.257
1279	673102	RESECCIÓN DE LESIÓN CUELLO UTERINO	$ 336.888
1280	673201	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	$ 84.238
1281	674002	AMPUTACIÓN DE CUELLO O TRAQUELECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 918.978
1282	674004	AMPUTACIÓN DE CUELLO O TRAQUELECTOMÍA POR VÍA VAGINAL	$ 923.390
1283	674501	TRAQUELECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 528.625
1284	675101	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.010.757
1285	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VÍA VAGINAL	$ 1.138.991
1286	676101	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE CUELLO UTERINO [CÉRVIX] VÍA VAGINAL	$ 909.334
1287	676103	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL VÍA VAGINAL	$ 774.596
1288	676910	CORRECCIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO ANTIGUO DE CUELLO UTERINO	$ 839.030
1289	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	$ 1.150.635
1290	680101	HISTEROTOMÍA	$ 1.629.813
1291	681101	BIOPSIA DE ÚTERO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.350.714
1292	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	$ 494.796
1293	682101	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL ÚTERO	$ 1.586.448
1294	682201	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.602.295
1295	682303	ESCISIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL POR LEGRADO	$ 486.098
1296	682401	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR LAPAROTOMÍA	$ 2.490.656
1297	682402	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR VÍA VAGINAL	$ 2.497.635
1298	683101	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 2.664.887
1299	684001	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCIÓN DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMÍA	$ 2.662.501
1300	684003	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMÍA	$ 2.505.135
1301	684103	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMÍA	$ 2.955.194
1302	685102	HISTERECTOMÍA POR VÍA VAGINAL	$ 2.847.060
1303	686001	HISTERECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 3.307.641
1304	686102	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROTOMÍA	$ 3.307.641
1305	687001	HISTERECTOMÍA RADICAL POR VÍA VAGINAL	$ 3.136.382
1306	688101	EXENTERACIÓN O EVISCERACIÓN PÉLVICA FEMENINA TOTAL O COMPLETA	$ 3.075.842
1307	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO	$ 545.311
1308	691110	RESECCIÓN DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.908.736

1309	691301	SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROTOMÍA	$ 1.338.881
1310	691901	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.186.745
1311	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.485.197
1312	692203	HISTEROPEXIA POR VÍA VAGINAL	$ 1.569.569
1313	694101	HISTERORRAFIA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.547.538
1314	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO [DIU]	$ 352.355
1315	698001	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMÍA	$ 526.088
1316	698004	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LEGRADO	$ 795.600
1317	699602	RETIRO DE MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VÍA VAGINAL	$ 547.188
1318	699701	RETIRO DE DISPOSITIVO EN CUELLO UTERINO VÍA VAGINAL	$ 407.061
1319	700101	CULDOCENTESIS [COLPOCENTESIS]	$ 80.611
1320	701204	COLPOTOMÍA	$ 480.162
1321	701410	SECCIÓN O INCISIÓN DE TABIQUE VAGINAL	$ 1.050.161
1322	701420	DRENAJE DE COLECCIÓN DE FONDO DE SACO (CÚPULA VAGINAL)	$ 697.561
1323	701430	VAGINOPERINEOTOMÍA	$ 758.884
1324	702101	VAGINOSCOPIA	$ 428.565
1325	702203	COLPOSCOPIA	$ 142.350
1326	702401	BIOPSIA DE VAGINA	$ 453.118
1327	703101	HIMENECTOMÍA	$ 485.154
1328	703301	RESECCIÓN DEL TABIQUE VAGINAL	$ 1.134.567
1329	704001	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA TOTAL	$ 2.177.061
1330	704002	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA PARCIAL	$ 2.282.670
1331	704003	OBLITERACIÓN VAGINAL [COLPOCLEISIS]	$ 1.490.608
1332	704201	VAGINECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 2.715.902
1333	704203	VAGINECTOMÍA RADICAL VÍA VAGINAL	$ 2.720.104
1334	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACIÓN DE URETROCELE	$ 1.191.282
1335	705210	COLPORRAFIA POSTERIOR	$ 1.145.753
1336	705301	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 1.403.257
1337	705302	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON REPARACIÓN DE ENTEROCELE	$ 1.377.066
1338	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACIÓN DE CUELLO	$ 1.891.317
1339	706001	RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA	$ 2.600.600
1340	706102	VAGINOPLASTIA VÍA PERINEAL	$ 2.813.088
1341	706103	VAGINOPLASTIA VÍA ABDOMINOPERINEAL	$ 3.273.464
1342	706104	VAGINOPLASTIA POR LAPAROTOMÍA	$ 3.142.565
1343	707301	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	$ 2.664.989
1344	707501	CIERRE DE FÍSTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINALPOR LAPAROTOMÍA	$ 2.542.553
1345	707503	CIERRE DE FÍSTULA URETROVAGINAL O VESICO VAGINAL VÍA VAGINAL	$ 2.790.625
1346	707701	COLPOPEXIA POR LAPAROTOMÍA	$ 2.636.251
1347	707702	COLPOPEXIA VÍA VAGINAL	$ 2.609.818
1348	709101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA SIN INCISIÓN	$ 152.700
1349	709102	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO O CUERPO EXTRAÑO EN VAGINA CON INCISIÓN	$ 453.118
1350	710921	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN DE VULVA O DE GLÁNDULA DE SKENE	$ 809.973
1351	710922	MARSUPIALIZACIÓN O DRENAJE EN GLÁNDULA DE SKENE	$ 992.976
1352	711110	BIOPSIA DE LABIO MAYOR VULVA	$ 452.372
1353	711120	BIOPSIA DE CLÍTORIS	$ 452.473
1354	711130	BIOPSIA DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 452.566
1355	711301	BIOPSIA EN PERINÉ	$ 454.885
1356	712001	DRENAJE POR PUNCIÓN DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 152.700
1357	712002	INCISIÓN Y DRENAJE DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 395.725
1358	712003	MARSUPIALIZACIÓN O DRENAJE EN LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 574.538
1359	712401	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 637.200
1360	713101	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE	$ 1.122.793
1361	713501	RESECCIÓN DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	$ 589.665
1362	714002	RESECCIÓN PARCIAL DE CLÍTORIS	$ 903.319

1363	715001	VULVECTOMÍA SUPERFICIAL UNILATERAL	$ 2.411.762
1364	715002	VULVECTOMÍA SUPERFICIAL BILATERAL	$ 2.412.269
1365	715003	VULVECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL	$ 2.138.748
1366	715004	VULVECTOMÍA SIMPLE BILATERAL	$ 2.367.850
1367	715005	VULVECTOMÍA TOTAL UNILATERAL	$ 2.527.656
1368	715006	VULVECTOMÍA TOTAL BILATERAL	$ 3.080.372
1369	715007	VULVECTOMÍA RADICAL	$ 2.831.684
1370	717201	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE VULVA	$ 1.303.878
1371	717202	CORRECCIÓN DE FÍSTULA DE PERINÉ	$ 1.664.021
1372	717902	CORRECCIÓN DE DESGARRO ANTIGUO EN VULVA Y PERINÉ	$ 1.340.536
1373	718101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ SIN INCISIÓN	$ 281.600
1374	718102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN	$ 481.870
1375	721003	PARTO INSTRUMENTADO	$ 1.591.200
1376	732201	PARTO INTERVENIDO CON MANIOBRAS DE VERSION	$ 1.591.200
1377	735301	ASISTENCIA DEL PARTO CON O SIN EPISIORRAFIA O PERINEORRAFIA	$ 1.655.100
1378	735930	ASISTENCIA DEL PARTO ESPONTÁNEO GEMELAR O MÚLTIPLE	$ 1.591.200
1379	735931	ASISTENCIA DEL PARTO INTERVENIDO GEMELAR O MÚLTIPLE	$ 1.591.200
1380	740001	CESÁREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL	$ 1.924.550
1381	740002	CESÁREA CORPORAL	$ 1.854.300
1382	740003	CESÁREA EXTRAPERITONEAL	$ 1.854.300
1383	743101	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.961.443
1384	750101	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR DILATACIÓN Y CURETAJE	$ 811.950
1385	750105	LEGRADO UTERINO OBSTÉTRICO POSPARTO O POSABORTO POR ASPIRACIÓN AL VACÍO	$ 811.950
1386	751101	AMNIOCENTESIS DIAGNÓSTICA	$ 502.970
1387	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	$ 534.200
1388	756901	PLASTIA O REPARACIÓN DE DESGARRO OBSTÉTRICO DE PERINÉ	$ 682.941
1389	759101	DRENAJE DE COLECCIÓN OBSTÉTRICA (DE EPISIOTOMÍA O EPISIORRAFIA) EN PERINÉ POR INCISIÓN	$ 604.020
1390	760101	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.424.325
1391	760102	SECUESTRECTOMÍA EXTRAORAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.627.274
1392	760103	SECUESTRECTOMÍA INTRAORAL O EXTRAORAL	$ 655.100
1393	760901	OSTEOTOMÍA MAXILAR PARA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	$ 1.300.688
1394	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	$ 742.213
1395	761201	ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 1.279.944
1396	762101	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	$ 1.514.677
1397	762102	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 1.514.677
1398	762103	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSMUCOSA	$ 1.619.908
1399	762104	ENUCLEACIÓN, RESECCIÓN Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MÁS DE TRES CMS, VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 1.619.908
1400	762105	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	$ 1.343.198
1401	763101	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	$ 3.360.341
1402	763102	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	$ 3.360.246
1403	763103	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	$ 3.360.341
1404	763104	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	$ 3.360.246
1405	763901	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCIÓN	$ 3.086.416
1406	763902	CONDILECTOMÍA DE LA MANDÍBULA	$ 2.590.137
1407	763903	HEMIMAXILECTOMÍA	$ 3.282.391
1408	764301	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)	$ 2.067.383
1409	764302	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 2.075.624

1410	764303	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 2.170.556
1411	764304	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO, COLGAJO PEDICULADO	$ 2.077.597
1412	764305	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 2.077.376
1413	764401	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 2.520.996
1414	764402	RESECCIÓN TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 2.793.620
1415	764601	RETROPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA PREMAXILA	$ 2.802.795
1416	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.595.463
1417	765105	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA EXTERNA	$ 3.012.158
1418	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	$ 3.062.413
1419	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLÁSTICO	$ 3.062.413
1420	766101	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR	$ 2.951.618
1421	766201	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.015.506
1422	766202	OSTEOTOMÍA RAMA MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.005.099
1423	766203	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 3.642.687
1424	766205	CORONOIDECTOMÍA	$ 2.490.675
1425	766301	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 990.600
1426	766302	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.092.431
1427	766303	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O TRANSCUTÁNEA	$ 990.600
1428	766401	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL MANDIBULAR	$ 3.555.504
1429	766403	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.476.069
1430	766501	OSTEOTOMÍA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.846.348
1431	766601	OSTEOTOMÍA LEFORT I CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.057.467
1432	766603	OSTEOTOMÍA LEFORT II CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.789.429
1433	766604	OSTEOTOMÍA LEFORT III CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.789.429
1434	766605	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT I (DISYUNCIÓN PALATINA)	$ 2.476.069
1435	766606	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT II	$ 3.756.180
1436	766607	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT III	$ 3.756.180
1437	766902	OSTEOTOMÍA DESLIZANTE (VISERA)	$ 2.317.928
1438	767201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.357.044
1439	767202	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO	$ 1.614.881
1440	767203	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCIÓN PISO DE ÓRBITA INJERTO O FIJACIÓN INTERNA	$ 2.097.515
1441	767301	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 1.662.436
1442	767401	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.655.551
1443	767402	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.839.361
1444	767403	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.884.305
1445	767404	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.884.305
1446	767602	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.528.420
1447	767603	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.859.556
1448	767604	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 888.300
1449	767701	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACIÓN	$ 2.440.287
1450	767702	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 2.473.397
1451	767703	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MÁS DE TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 2.495.235
1452	767706	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MÁS DE TRES DIENTES	$ 1.197.319
1453	767801	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	$ 1.665.963
1454	767802	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACIÓN	$ 1.680.333

1455	767901	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE BORDE O PARED ORBITAL	$ 2.000.527
1456	767902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	$ 1.978.461
1457	767903	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MÁS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO	$ 2.092.575
1458	767904	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 2.130.653
1459	767905	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 1.970.339
1460	767908	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MÚLTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ÓRBITARIO	$ 2.217.946
1461	768101	INJERTO ÓSEO EN HUESO FACIAL	$ 2.649.544
1462	768301	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 922.544
1463	768302	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACIÓN INTERMAXILAR	$ 1.463.400
1464	768801	ARTRECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR	$ 2.491.354
1465	770101	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 937.376
1466	770201	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO	$ 1.417.873
1467	770301	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CÚBITO	$ 1.630.397
1468	770302	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	$ 1.754.471
1469	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	$ 782.273
1470	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)	$ 820.538
1471	770501	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR VÍA ABIERTA	$ 1.814.026
1472	770601	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA VÍA ABIERTA	$ 681.924
1473	770701	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ	$ 1.685.125
1474	770702	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ	$ 1.956.411
1475	770801	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)	$ 773.117
1476	770901	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)	$ 638.014
1477	770902	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 634.382
1478	770920	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS	$ 1.591.430
1479	770930	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR	$ 2.011.464
1480	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 2.000.501
1481	770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.458.093
1482	770934	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ABIERTA	$ 2.172.420
1483	772101	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 1.436.092
1484	772102	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA	$ 1.399.432
1485	772103	OSTEOTOMÍA DE COSTILLA (UNA O MÁS)	$ 1.196.297
1486	772104	OSTEOTOMÍA DE ESCÁPULA	$ 1.343.400
1487	772203	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.987.975
1488	772204	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.973.239
1489	772304	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.896.316
1490	772305	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.896.155
1491	772306	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.019.227
1492	772307	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.019.118
1493	772403	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.597.021
1494	772404	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.782.967
1495	772405	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.784.800
1496	772406	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.916.001
1497	772506	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR MÚLTIPLE CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	$ 3.308.719
1498	772507	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR PROXIMAL (CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.546.616
1499	772508	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR PROXIMAL (CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA) CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.895.072
1500	772509	OSTEOTOMÍA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.565.447
1501	772510	OSTEOTOMÍA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 3.230.268

1502	772511	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.639.200
1503	772512	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDÍLEA) CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.639.200
1504	772704	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.394.303
1505	772705	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.938.825
1506	772706	OSTEOTOMÍA DE DIÁFISIS DE TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.784.774
1507	772707	OSTEOTOMÍA DE DIÁFISIS DE TIBIA CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.696.087
1508	772708	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.725.840
1509	772709	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.696.280
1510	772710	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 367.600
1511	772711	OSTEOTOMÍA DIAFISIARIA DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.513.682
1512	772712	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.512.372
1513	772713	OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE TIBIA O PERONÉ	$ 2.234.858
1514	772714	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL SIN FIJACIÓN	$ 2.692.950
1515	772715	OSTEOTOMÍA DE DIÁFISIS DE TIBIA SIN FIJACIÓN	$ 2.622.869
1516	772716	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL SIN FIJACIÓN	$ 2.622.869
1517	772717	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ PROXIMAL SIN FIJACIÓN	$ 2.463.184
1518	772718	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ DISTAL SIN FIJACIÓN	$ 2.468.840
1519	772719	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA ÚNICA DE TIBIA	$ 2.531.396
1520	772720	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE TIBIA	$ 2.531.396
1521	772721	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA ÚNICA DE PERONÉ	$ 2.531.396
1522	772722	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE PERONÉ	$ 2.531.396
1523	772804	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.517.203
1524	772805	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.569.219
1525	772806	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.507.115
1526	772807	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.569.219
1527	772808	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO SIN FIJACIÓN	$ 1.569.219
1528	772809	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL METATARSO SIN FIJACIÓN	$ 1.635.927
1529	772905	OSTEOTOMÍA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 946.313
1530	772906	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.168.662
1531	772907	OSTEOTOMÍA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) SIN FIJACIÓN	$ 990.450
1532	772908	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO SIN FIJACIÓN	$ 1.128.209
1533	772909	OSTEOTOMÍA DE PELVIS VÍA ABIERTA	$ 3.426.025
1534	772914	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE PELVIS	$ 3.297.941
1535	773002	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL VÍA ABIERTA	$ 3.560.300
1536	773004	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR VÍA ABIERTA	$ 3.560.300
1537	773006	REPARACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ABIERTA	$ 4.389.700
1538	773007	REPARACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 4.389.700
1539	773008	REMODELACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ABIERTA	$ 4.389.700
1540	773009	REMODELACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 4.389.700
1541	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA	$ 630.627
1542	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA	$ 904.967
1543	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.069.600
1544	774911	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA PERCUTÁNEA	$ 913.530
1545	775104	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA DISTAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.510.184
1546	775105	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA DIAFISIARIA DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.515.648
1547	775106	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA PROXIMAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.521.999
1548	775107	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA COMBINADA DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.733.767
1549	775401	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON ARTRODESIS O ARTROPLASTIA (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 1.756.710
1550	775402	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON TRANSFERENCIA TENDINOSA (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 1.803.543

1551	775403	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON REPARACIÓN DE LA PLACA PLANTAR (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 1.803.543
1552	775404	REVISIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 1.900.801
1553	776101	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE CLAVÍCULA	$ 946.234
1554	776104	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE ESCÁPULA	$ 825.916
1555	776109	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)	$ 1.133.692
1556	776201	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO	$ 1.436.113
1557	776202	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO CON INJERTO	$ 1.501.112
1558	776204	RESECCIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO	$ 469.100
1559	776301	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RADIO O CÚBITO	$ 1.569.073
1560	776501	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR	$ 1.688.656
1561	776502	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 1.834.191
1562	776601	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RÓTULA	$ 1.163.370
1563	776701	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONÉ	$ 1.581.029
1564	776802	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 1.302.427
1565	776920	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS	$ 1.651.434
1566	776929	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORÁCICA	$ 3.311.950
1567	776930	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL TORACOABDOMINAL	$ 3.315.440
1568	776931	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 3.097.728
1569	776934	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VÍA TRANSORAL ABIERTA	$ 4.389.700
1570	776935	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VÍA TRANSORAL O TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	$ 4.389.700
1571	776936	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VÍA ANTERIOR O LATERAL TRANSCERVICAL	$ 2.968.573
1572	776937	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VÍA ANTERIOR O LATERAL HASTA DOS VÉRTEBRAS	$ 2.682.154
1573	776938	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VÍA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS	$ 2.589.136
1574	776939	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR O LATERAL	$ 2.731.264
1575	776940	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 2.682.154
1576	776941	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 4.389.700
1577	776942	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.736.315
1578	776943	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 2.682.154
1579	776944	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 4.389.700
1580	776945	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.736.315
1581	776946	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 2.986.627
1582	776947	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA POSTERIOR VÍA PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1583	776948	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1584	776949	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1585	776950	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1586	776951	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1587	776952	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433

1588	776953	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1589	776954	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1590	776955	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 4.389.700
1591	776956	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 4.389.700
1592	776957	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.389.700
1593	776958	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 4.636.400
1594	776959	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 4.389.700
1595	776960	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.389.700
1596	776961	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR	$ 4.389.700
1597	776962	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1598	776963	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1599	776964	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1600	776965	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1601	776966	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1602	776970	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1603	776971	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1604	776972	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1605	776973	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1606	776974	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1607	776975	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1608	776976	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1609	776977	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1610	776978	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1611	776979	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1612	776980	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1613	776981	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1614	776982	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1615	776983	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1616	776984	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1617	776985	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1618	776986	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433

1619	776987	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.988.433
1620	776988	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 2.988.433
1621	776989	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 2.988.433
1622	776990	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 2.953.122
1623	778104	RESECCIÓN PARCIAL DE COSTILLAS	$ 2.166.685
1624	778201	RESECCIÓN DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA HUMERAL	$ 1.553.512
1625	778202	HEMI O DIAFISECTOMÍA DE HÚMERO	$ 1.893.371
1626	778301	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN CÚBITO (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 1.893.273
1627	778305	RESECCIÓN DE OLÉCRANON	$ 1.343.376
1628	778306	RESECCIÓN DE CABEZA DE RADIO	$ 1.395.239
1629	778501	HEMIDIAFISECTOMÍA EN FÉMUR	$ 2.801.388
1630	778601	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA	$ 1.667.933
1631	778701	RESECCIÓN PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 1.878.180
1632	778702	RESECCIÓN PARCIAL DE PERONÉ (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 1.718.898
1633	778703	HEMIDIAFISECTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ	$ 2.005.161
1634	778801	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS)	$ 1.414.037
1635	778911	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 1.111.396
1636	778912	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MÁS)	$ 1.170.486
1637	778922	HEMIHEMIPELVECTOMÍA	$ 3.031.133
1638	778923	HEMIPELVECTOMÍA	$ 2.993.898
1639	779131	RESECCIÓN TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMÍA (UNA O MÁS)	$ 2.136.996
1640	779402	CARPECTOMÍA (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 1.782.967
1641	779404	RESECCIÓN TOTAL DE HUESO DE METACARPO VÍA ABIERTA	$ 1.824.155
1642	779802	ASTRAGALECTOMÍA	$ 1.909.553
1643	780101	INJERTO ÓSEO EN CLAVÍCULA	$ 1.586.878
1644	780201	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO	$ 2.372.001
1645	780301	INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO	$ 2.490.657
1646	780401	INJERTO ÓSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)	$ 1.520.413
1647	780402	INJERTO ÓSEO EN ESCAFOIDES	$ 2.459.339
1648	780403	INJERTO ÓSEO EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)	$ 2.182.684
1649	780501	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR	$ 2.602.044
1650	780701	INJERTO ÓSEO EN TIBIA O PERONÉ	$ 2.557.380
1651	780702	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE TIBIA	$ 2.774.373
1652	780703	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA	$ 2.774.351
1653	780705	INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONÉ	$ 4.335.800
1654	780706	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE PERONÉ	$ 2.774.373
1655	780801	INJERTO ÓSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 1.849.604
1656	780902	INJERTO ÓSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MÁS)	$ 1.662.668
1657	780905	APLICACIÓN DE INJERTO ESTRUCTURAL EN PIE	$ 2.060.268
1658	780920	INJERTO ÓSEO EN PELVIS	$ 2.477.441
1659	780931	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR	$ 3.056.250
1660	780932	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR	$ 2.527.074
1661	781201	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN HÚMERO	$ 1.796.259
1662	781202	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EN CODO	$ 1.608.888
1663	781301	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CÚBITO	$ 1.605.373
1664	781302	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CÚBITO	$ 1.659.048
1665	781304	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA	$ 1.659.221
1666	781501	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN FÉMUR	$ 1.502.003
1667	781502	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO	$ 1.659.303
1668	781601	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO RODILLA	$ 1.577.280
1669	781701	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONÉ	$ 1.605.586

1670	781702	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONÉ	$ 1.700.315
1671	781703	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE	$ 1.659.189
1672	781801	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO PIE	$ 1.605.586
1673	781802	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO EN PIE (CALCÁNEO)	$ 1.502.198
1674	781902	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE PIE	$ 1.502.308
1675	781920	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VÍA ANTERIOR O POSTERIOR	$ 1.659.054
1676	781930	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN COLUMNA VERTEBRAL	$ 685.300
1677	782104	ACORTAMIENTO DE HÚMERO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 1.968.264
1678	782211	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO O RADIO	$ 1.779.503
1679	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO Y RADIO	$ 1.843.991
1680	782221	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE CÚBITO O RADIO	$ 1.630.230
1681	782241	ACORTAMIENTO DE CÚBITO O RADIO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 1.911.766
1682	782243	ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 2.035.171
1683	782341	RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO	$ 1.659.789
1684	782404	ACORTAMIENTO DE FÉMUR MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 2.498.895
1685	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ	$ 1.843.070
1686	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ	$ 2.021.972
1687	782521	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA O PERONÉ	$ 1.766.259
1688	782523	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA Y PERONÉ	$ 1.960.917
1689	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 2.442.951
1690	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 2.567.256
1691	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	$ 1.492.961
1692	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	$ 1.196.274
1693	783201	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA	$ 1.014.700
1694	783202	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA	$ 2.731.149
1695	783501	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 2.834.701
1696	783502	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 2.962.822
1697	783503	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 2.853.778
1698	783504	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 2.962.805
1699	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 2.884.767
1700	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 3.059.379
1701	783703	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 2.783.425
1702	783704	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 2.887.492
1703	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 2.853.761
1704	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 3.045.153
1705	783707	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 2.783.445
1706	786101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 895.814
1707	786102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN), VÍA ABIERTA	$ 960.451
1708	786201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HÚMERO	$ 1.055.327
1709	786202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO, VÍA ABIERTA	$ 1.222.735
1710	786301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CÚBITO	$ 622.348
1711	786402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS), VÍA ABIERTA	$ 1.588.364

1712	786501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FÉMUR	$ 1.263.953
1713	786502	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR, VÍA ABIERTA	$ 1.392.727
1714	786601	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RÓTULA	$ 715.526
1715	786602	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA, VÍA ABIERTA	$ 665.466
1716	786701	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONÉ	$ 1.541.579
1717	786702	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ, VÍA ABIERTA	$ 1.502.078
1718	786910	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE	$ 630.216
1719	786911	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE, VÍA ABIERTA	$ 971.011
1720	786920	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS	$ 645.500
1721	786921	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VÍA ABIERTA	$ 1.488.459
1722	786931	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA ANTERIOR	$ 2.011.360
1723	786932	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA LATERAL	$ 1.949.159
1724	786935	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR	$ 1.790.642
1725	786936	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA POSTERIOR	$ 1.938.707
1726	787101	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 1.516.345
1727	790101	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN)	$ 742.038
1728	790201	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO	$ 1.287.134
1729	790301	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)	$ 1.146.892
1730	790302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO	$ 1.147.380
1731	790401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	$ 867.910
1732	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	$ 867.774
1733	790501	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA	$ 1.713.258
1734	790601	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	$ 1.114.912
1735	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	$ 288.700
1736	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	$ 665.000
1737	790801	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO	$ 1.088.758
1738	790902	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 628.669
1739	790920	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS	$ 333.188
1740	790930	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON HALOYESO O HALOCHAQUETA	$ 639.041
1741	790931	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON DISPOSITIVO	$ 217.700
1742	790932	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACIÓN	$ 639.041
1743	791101	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 617.183
1744	791201	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO (EPÍFISIS O DIÁFISIS), PERCUTÁNEA CON PINES	$ 1.416.711
1745	791301	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN	$ 1.078.650
1746	791302	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN	$ 1.218.332
1747	791402	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO	$ 1.062.382
1748	791404	REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO	$ 1.610.357
1749	791501	REDUCCIÓN INDIRECTA CON FIJACIÓN INTERNA DE CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA	$ 1.690.812
1750	791502	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.690.758
1751	791503	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.690.731
1752	791601	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	$ 964.354

1753	791702	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 2.322.923
1754	791703	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.084.605
1755	791704	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DE LA TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.407.065
1756	791705	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.847.099
1757	792101	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MÁS COSTILLAS	$ 1.584.760
1758	792102	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE ESCÁPULA O CLAVÍCULA	$ 1.211.550
1759	792201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO	$ 1.670.656
1760	792301	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO	$ 1.561.394
1761	792302	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO	$ 1.647.990
1762	792401	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO	$ 2.385.085
1763	792501	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA	$ 2.459.000
1764	792601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE RÓTULA SIN FIJACIÓN INTERNA	$ 1.208.470
1765	792801	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)	$ 1.385.230
1766	792901	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE MANO	$ 2.383.703
1767	792902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE	$ 1.170.530
1768	792920	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HUESOS PELVIANOS	$ 2.592.041
1769	793101	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) DE CLAVÍCULA	$ 1.542.941
1770	793102	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA	$ 574.500
1771	793103	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE COSTILLA O ESTERNÓN	$ 1.712.256
1772	793201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.275.302
1773	793202	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U	$ 2.256.000
1774	793203	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.255.932
1775	793204	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.255.932
1776	793205	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.255.996
1777	793206	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.245.426
1778	793210	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.899.095
1779	793301	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.046.028
1780	793302	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CÚBITO O DE OLÉCRANON CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.831.500
1781	793303	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.912.760
1782	793304	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CÚPULA RADIAL) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.912.772
1783	793305	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.270.906
1784	793306	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.270.909
1785	793307	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.530.127
1786	793403	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.421.518
1787	793405	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.410.880
1788	793501	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.120.375
1789	793502	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.921.310
1790	793601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RÓTULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 1.542.529
1791	793707	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.508.000

1792	793708	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.508.000
1793	793709	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.508.000
1794	793710	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.508.000
1795	793711	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.579.279
1796	793712	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 851.700
1797	793713	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.526.730
1798	793714	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.805.953
1799	793715	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.540.783
1800	793716	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.823.127
1801	793717	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.539.738
1802	793718	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.550.773
1803	793719	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.549.772
1804	793801	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 1.611.850
1805	793802	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 1.644.715
1806	793901	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.131.852
1807	793902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.746.323
1808	793910	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DEL ILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.404.479
1809	793920	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.602.695
1810	793921	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.742.892
1811	793940	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA ANTERIOR	$ 2.961.966
1812	793942	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA POSTERIOR	$ 2.958.526
1813	793944	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA ANTERIOR	$ 2.945.249
1814	793946	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA POSTERIOR	$ 3.013.410
1815	793950	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA ANTERIOR	$ 2.932.075
1816	793952	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 2.809.637
1817	794101	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO SIN FIJACIÓN	$ 1.170.503
1818	794102	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO CON FIJACIÓN	$ 1.378.994
1819	794201	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO SIN FIJACIÓN	$ 1.085.461
1820	794202	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN	$ 1.247.516
1821	794203	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN	$ 1.146.792
1822	794204	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN	$ 1.349.762
1823	794501	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR SIN FIJACIÓN	$ 1.606.302
1824	794502	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR CON FIJACIÓN	$ 1.660.085
1825	794601	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 1.502.590
1826	794602	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 1.656.662
1827	794603	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 1.606.379
1828	794604	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 1.785.963
1829	795101	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO	$ 1.621.410
1830	795102	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO	$ 1.820.057
1831	795201	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO SIN FIJACIÓN	$ 1.583.248
1832	795202	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN	$ 1.680.814
1833	795203	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN	$ 1.613.899
1834	795204	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN	$ 1.764.214
1835	795501	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR	$ 2.898.666
1836	795502	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR	$ 2.949.723
1837	795601	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 2.379.023

1838	795602	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 2.732.339
1839	795603	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 2.484.260
1840	795604	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 2.796.715
1841	796101	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO	$ 1.440.803
1842	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CÚBITO O RADIO	$ 1.412.313
1843	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)	$ 1.086.112
1844	796401	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO	$ 1.020.945
1845	796501	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR	$ 1.874.446
1846	796601	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ	$ 1.816.590
1847	796701	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 1.500.283
1848	796801	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE	$ 1.263.061
1849	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE RÓTULA	$ 1.113.132
1850	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS	$ 1.505.111
1851	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA	$ 1.610.662
1852	797101	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO	$ 854.751
1853	797201	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO	$ 1.021.459
1854	797401	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPIANA	$ 1.532.177
1855	797402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA	$ 2.211.162
1856	797403	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 1.727.175
1857	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 1.424.325
1858	797501	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)	$ 2.465.175
1859	797502	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	$ 1.605.340
1860	797503	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA CON TENOTOMÍA DE ADUCTORES O PSOAS	$ 1.005.100
1861	797601	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA	$ 839.030
1862	797602	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TIBIOPERONERA PROXIMAL	$ 1.153.552
1863	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	$ 1.161.888
1864	797701	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	$ 919.569
1865	797801	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS	$ 1.066.411
1866	797803	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓNES METATARSO-FALÁNGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE	$ 1.033.925
1867	797901	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR	$ 1.393.388
1868	798101	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR	$ 2.337.959
1869	798102	REDUCCIÓN ABIERTA DE LA LUXACIÓN GLENOHUMERAL	$ 2.711.703
1870	798106	FIJACIÓN DE ESCÁPULA A COSTILLAS (ESCAPULOPEXIA) (TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE ESCAPULA ALADA)	$ 2.616.417
1871	798302	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN RADIOCUBITAL VÍA ABIERTA	$ 1.611.335
1872	798401	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPIANA VÍA ABIERTA	$ 2.594.271
1873	798403	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPO-METACARPIANA VÍA ABIERTA	$ 2.411.560
1874	798405	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA VÍA ABIERTA	$ 2.430.881
1875	798501	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA	$ 3.180.457
1876	798502	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	$ 2.823.507
1877	798602	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RÓTULA	$ 1.264.294
1878	798701	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)	$ 2.674.310
1879	798801	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS (UNO O MÁS) CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN	$ 1.645.188
1880	799201	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA-GALLEAZI]	$ 1.105.154
1881	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE CODO	$ 1.171.069
1882	799203	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 1.489.231
1883	799204	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.201.409
1884	799301	REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN DE LUXOFRACTURA DE BENNET	$ 2.407.717

1885	799302	REDUCCIÓN CERRADA Y FIJACIÓN DE LUXOFRACTURA DE BENNET	$ 1.316.667
1886	799501	REDUCCIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA	$ 2.527.953
1887	799601	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	$ 1.442.528
1888	799602	REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACIÓN INTERNA POR ARTROSCOPIA	$ 2.666.156
1889	799701	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 2.702.310
1890	799702	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO	$ 1.490.013
1891	799703	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO	$ 2.584.053
1892	799704	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO	$ 2.768.300
1893	799803	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)	$ 1.614.637
1894	799804	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)	$ 1.527.717
1895	799805	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HALLUX	$ 1.462.326
1896	799807	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESO DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	$ 1.363.522
1897	800101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	$ 998.347
1898	800102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	$ 1.022.595
1899	800201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMÍA	$ 1.094.008
1900	800202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMÍA	$ 1.621.437
1901	800301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	$ 1.146.939
1902	800302	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	$ 1.344.448
1903	800501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMÍA	$ 2.119.891
1904	800502	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMÍA	$ 2.528.846
1905	800601	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	$ 491.300
1906	800602	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	$ 1.621.384
1907	800701	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA	$ 1.097.094
1908	800702	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA	$ 1.306.259
1909	800801	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA	$ 897.747
1910	800802	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMÍA	$ 1.027.346
1911	801101	ARTROTOMÍA DE HOMBRO CON EXPLORACIÓN DE ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR	$ 1.314.177
1912	801201	ARTROTOMÍA DE CODO	$ 1.859.672
1913	801301	ARTROTOMÍA DE MUÑECA	$ 1.338.019
1914	801401	ARTROTOMÍA EN MANO	$ 1.081.530
1915	801501	ARTROTOMÍA DE PELVIS	$ 1.964.184
1916	801601	ARTROTOMÍA DE RODILLA	$ 2.198.383
1917	801701	ARTROTOMÍA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE	$ 1.326.362
1918	801801	ARTROTOMÍA EN PIE	$ 288.700
1919	802101	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE HOMBRO	$ 986.980
1920	802201	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE CODO	$ 1.217.559
1921	802301	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE MUÑECA	$ 1.217.559
1922	802401	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE FALANGES (UNA O MÁS) DE MANO	$ 975.059
1923	802501	ARTROSCOPIA DE PELVIS	$ 1.629.030
1924	802502	ARTROSCOPIA DE CADERA	$ 1.629.030
1925	802601	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA	$ 925.350
1926	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO	$ 1.217.559
1927	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)	$ 975.059
1928	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 728.876
1929	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VÍA ABIERTA	$ 728.836
1930	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VÍA ABIERTA	$ 728.836
1931	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 729.202
1932	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 728.956

1933	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 758.809
1934	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VÍA ABIERTA	$ 879.654
1935	804301	CAPSULOTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 1.820.659
1936	804302	CAPSULOTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 1.768.314
1937	804310	LIBERACIÓN DE BANDAS CONSTRICTIVAS	$ 1.542.041
1938	805106	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR ABIERTA	$ 4.056.544
1939	805107	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR PERCUTÁNEO	$ 3.993.210
1940	805108	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1.321.900
1941	805109	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.621.019
1942	805111	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEO	$ 3.616.831
1943	805112	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 5.476.900
1944	805115	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 3.998.682
1945	805116	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 4.034.977
1946	805117	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 5.525.839
1947	805118	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.903.017
1948	805119	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 3.616.831
1949	805120	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 3.663.400
1950	805124	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 4.214.793
1951	805126	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 3.993.210
1952	805127	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 4.897.865
1953	805128	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 3.667.965
1954	805129	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 4.500.000
1955	805130	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 7.598.831
1956	806101	MENISCECTOMÍA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 1.812.998
1957	806102	MENISECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 1.881.734
1958	806103	MENISCECTOMÍA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 2.733.996
1959	807101	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 1.549.368
1960	807102	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL VÍA ABIERTA	$ 1.551.386
1961	807104	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 2.657.626
1962	807201	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 2.056.502
1963	807202	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL VÍA ABIERTA	$ 2.158.083
1964	807401	SINOVECTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 1.488.438
1965	807402	SINOVECTOMÍA EN CARPO VÍA ABIERTA	$ 1.554.257
1966	807403	SINOVECTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 1.532.310
1967	807501	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA, VÍA ABIERTA	$ 2.005.790
1968	807502	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA, VÍA ABIERTA	$ 2.004.855
1969	807601	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 1.844.501
1970	807602	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 1.968.857
1971	807604	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 2.707.102
1972	807705	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO ANTERIOR VÍA ABIERTA	$ 2.110.586
1973	807706	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 2.121.410
1974	807801	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 1.819.785
1975	807802	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VÍA ARTROSCOPICA	$ 2.260.450
1976	807803	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 1.819.785

1977	807804	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ARTROSCOPICA	$ 2.260.450
1978	808011	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 1.128.934
1979	808012	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 1.994.162
1980	808021	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO VÍA ABIERTA	$ 1.415.999
1981	808022	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO POR ARTROSCOPIA	$ 1.802.901
1982	808031	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA O PUÑO VÍA ABIERTA	$ 1.543.106
1983	808051	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 1.493.868
1984	808052	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 1.889.820
1985	808061	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 1.075.069
1986	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 1.738.776
1987	808071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 1.437.273
1988	808072	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1.879.125
1989	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VÍA ABIERTA	$ 1.247.450
1990	808074	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1.642.246
1991	808075	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALÁNGICA VÍA ABIERTA	$ 1.260.142
1992	808076	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALÁNGICA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1.642.246
1993	808077	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE FALANGES DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 1.250.786
1994	810106	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 6.806.710
1995	810107	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	$ 5.687.165
1996	810108	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 2.851.953
1997	810109	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	$ 3.270.158
1998	810115	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSCERVICAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 3.423.401
1999	810116	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSCERVICAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 3.699.970
2000	810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 4.190.799
2001	810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 4.190.799
2002	810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 4.054.218
2003	810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 3.118.612
2004	810308	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 3.423.401
2005	810309	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 3.453.710
2006	810310	LAMINOPLASTIA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 4.573.998
2007	810311	LAMINOPLASTIA CERVICAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 3.994.332
2008	810514	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 4.156.751
2009	810522	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACOLUMBAR TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 3.512.534
2010	810622	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 4.813.748
2011	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VÍA ABIERTA	$ 619.600
2012	811208	ARTRODESIS TALONAVICULAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 4.389.700
2013	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VÍA ABIERTA	$ 2.804.370
2014	811210	ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 2.131.770
2015	811211	ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ARTROSCÓPICA	$ 4.389.700
2016	811212	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 1.750.720
2017	812101	ARTRODESIS DE CADERA	$ 3.552.161
2018	812201	ARTRODESIS DE RODILLA	$ 2.734.765
2019	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 2.808.593
2020	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 2.883.116
2021	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL	$ 1.770.861

2022	812402	ARTRODESIS DE CODO	**$ 2.750.110**
2023	812504	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA	**$ 3.037.274**
2024	812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO	**$ 1.661.878**
2025	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA	**$ 1.622.604**
2026	812701	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA	**$ 1.711.726**
2027	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA	**$ 1.416.711**
2028	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA	**$ 2.399.094**
2029	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA	**$ 2.596.758**
2030	812910	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ARTROSCÓPICA	**$ 3.822.100**
2031	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ARTROSCÓPICA	**$ 4.105.400**
2032	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PRÓTESIS	**$ 1.416.711**
2033	813102	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS SIN PRÓTESIS	**$ 1.416.711**
2034	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL METATARSO	**$ 1.731.877**
2035	814103	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA VÍA ABIERTA	**$ 3.637.023**
2036	814210	REPARACIÓN DE RODILLA CINCO EN UNO: MENISCOPLASTIA, REPARACIÓN DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, AVANZAMIENTO DE VASTUS MEDIAL O INTERNO, AVANZAMIENTO SEMITENDINOSO Y TRANSPOSICIÓN DE (PATA DE GANSO O PES ANSERINUS)	**$ 3.080.952**
2037	814220	REPARACIÓN TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIA CON REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL	**$ 2.846.751**
2038	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA	**$ 2.003.036**
2039	814502	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	**$ 2.708.670**
2040	814503	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	**$ 3.263.890**
2041	814504	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	**$ 3.152.781**
2042	814705	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL, MÁS OSTEOTOMÍA DE REALÍNEACIÓN, MÁS PLICATURA DE RETINÁCULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA	**$ 3.245.202**
2043	814706	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL POR ARTROSCOPIA	**$ 1.758.637**
2044	814707	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL MÁS REALINEACIÓN DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA	**$ 2.920.589**
2045	814708	FIJACIÓN DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	**$ 2.494.113**
2046	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA	**$ 2.917.384**
2047	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA	**$ 2.902.494**
2048	814721	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA	**$ 2.723.938**
2049	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	**$ 3.020.921**
2050	814723	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	**$ 1.646.896**
2051	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA	**$ 2.977.834**
2052	814727	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO	**$ 3.118.737**
2053	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	**$ 2.370.833**
2054	814907	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VÍA ABIERTA	**$ 2.335.574**
2055	814908	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO O DISPOSTIVO VÍA ABIERTA	**$ 2.879.263**
2056	814909	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VÍA ARTROSCÓPICA	**$ 2.910.141**
2057	814910	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON INJERTO O DISPOSTIVO VÍA ARTROSCÓPICA	**$ 2.881.561**
2058	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO	**$ 1.793.730**
2059	815102	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA	**$ 3.561.501**
2060	815103	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	**$ 3.591.729**
2061	815104	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)	**$ 3.660.538**
2062	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	**$ 2.770.068**
2063	815401	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL	**$ 3.563.830**
2064	815403	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (HEMIARTICULACIÓN)	**$ 3.567.637**
2065	815404	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA	**$ 3.562.660**
2066	815405	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL COMPLEJO DE RODILLA (ARTROSIS SECUNDARIA)	**$ 3.617.196**

2067	815505	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCCIÓN DE COMPONENTE PATELAR	$ 3.640.398
2068	815601	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 3.411.228
2069	815603	REVISIÓN DE REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 3.112.488
2070	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN MUÑECA	$ 2.763.812
2071	817202	ARTROPLASTIA RESECCIÓN TRAPECIO-METACARPIANA	$ 1.948.680
2072	817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 2.615.329
2073	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ABIERTA	$ 2.260.405
2074	817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ARTROSCÓPICA	$ 2.523.671
2075	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN DE FALANGES POR ARTROSCOPIA	$ 1.569.219
2076	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	$ 2.740.611
2077	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALÁNGICAS (POR CADA DEDO)	$ 2.615.329
2078	818010	REEMPLAZO PROTÉSICO PRIMARIO TOTAL DE HOMBRO	$ 3.431.945
2079	818020	REEMPLAZO PROTÉSICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO	$ 3.431.962
2080	818101	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 3.559.536
2081	818301	ACROMIOPLASTIA VÍA ABIERTA	$ 1.770.553
2082	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	$ 2.079.986
2083	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR	$ 1.700.118
2084	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VÍA ARTROSCOPICA	$ 2.917.384
2085	818608	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 2.566.349
2086	818610	CAPSULORRAFIA DE CODO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 2.202.612
2087	819101	ASPIRACIÓN ARTICULAR	$ 479.294
2088	819201	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO	$ 54.479
2089	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 2.596.497
2090	819330	SUTURA DEL FIBROCARTÍLAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VÍA ARTROSCÓPICA	$ 2.154.784
2091	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VÍA ABIERTA	$ 1.853.217
2092	819701	REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO	$ 1.398.787
2093	819801	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESTRUCTURAS ARTICULARES	$ 753.400
2094	822104	RESECCIÓN DE GANGLIÓN DORSAL DE MUÑECA VÍA ABIERTA	$ 1.449.860
2095	822105	RESECCIÓN DE GANGLIÓN DORSAL DE MUÑECA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 2.410.200
2096	823307	TENOSINOVECTOMÍA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR	$ 1.155.070
2097	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA	$ 2.434.694
2098	824202	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN	$ 2.526.813
2099	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA	$ 2.437.332
2100	824211	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN	$ 3.459.726
2101	824213	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA	$ 3.747.176
2102	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) SIN NEURORRAFIA	$ 2.975.457
2103	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)	$ 1.809.094
2104	824321	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 2.491.103
2105	825307	TRASFERENCIA DE TENDÓN EN MANO O MUÑECA (UNO O MÁS)	$ 2.701.804
2106	828355	CORRECCIÓN DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	$ 2.889.840
2107	828908	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 4.306.500
2108	829101	LIBERACIÓN DE ADHESIONES DE FASCIA, MÚSCULO Y TENDÓN DE MANO	$ 1.420.064
2109	829111	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MÁS)	$ 1.725.342
2110	829115	TENOLISIS EN FLEXORES DE DEDOS (UNO O MÁS)	$ 2.256.721
2111	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 1.649.264
2112	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 1.763.289
2113	829901	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO	$ 1.128.591
2114	830102	ELIMINACIÓN DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDÓN	$ 949.031
2115	830231	MIOTOMÍA DEL TEMPORAL	$ 1.566.919
2116	830232	MIOTOMÍA PTERIGOIDEO	$ 1.566.253
2117	830233	MIOTOMÍA DE MASETERO	$ 1.566.919

2118	830301	EXTRACCIÓN DE DEPÓSITOS CALCÁREOS O BURSA- SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS	$ 945.436
2119	831101	TENOTOMÍAS EN PIE (UNA O MÁS)	$ 554.404
2120	831205	TENOTOMÍA DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 555.192
2121	831207	CAPSULORRAFIA DE CADERA	$ 1.867.341
2122	831303	TENOTOMÍAS EN BRAZO (UNA O MÁS)	$ 534.176
2123	831304	TENOTOMÍAS EN ANTEBRAZO (UNA O MÁS)	$ 534.176
2124	831305	TENOTOMÍA SIMPLE EN CUELLO (TORTÍCOLIS CONGÉNITA)	$ 558.938
2125	831306	TENOTOMÍA MÚLTIPLE EN CUELLO	$ 560.134
2126	831307	TENOTOMÍA DE MÚSCULOS ESPÁSTICOS (EXCEPTO MANO)	$ 538.147
2127	831308	TENOTOMÍA EN PIERNA (UNA O MÁS)	$ 554.988
2128	831309	TENOTOMÍAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MÁS)	$ 559.136
2129	831310	TENOTOMÍA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN)	$ 318.600
2130	831311	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 542.778
2131	831312	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS) VÍA ARTROSCÓPICA	$ 753.400
2132	831401	FASCIOTOMÍA O INCISIÓN DE FASCIA	$ 298.800
2133	831403	ESCISIÓN PARCIAL DE FASCIA	$ 1.217.073
2134	831450	FASCIOTOMÍA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACIÓN EN CODO Y MUÑECA	$ 1.228.105
2135	831451	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL	$ 1.217.060
2136	831461	FASCIOTOMÍA EN MUSLO, POR UNA O MÁS INCISIONES	$ 1.163.412
2137	831471	FASCIOTOMÍA EN PIERNA POR UNA O MÁS INCISIONES	$ 1.122.653
2138	831481	FASCIOTOMÍA EN PIE, UNA O MÁS INCISIONES	$ 1.061.606
2139	831902	LIBERACIÓN DE MÚSCULO	$ 1.725.796
2140	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA	$ 702.320
2141	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$ 690.601
2142	833001	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL	$ 1.070.616
2143	833002	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL	$ 1.282.263
2144	833201	ESCISIÓN DE MIOSITIS OSIFICANTE	$ 1.122.390
2145	833901	ESCISIÓN DE QUISTE POPLÍTEO [DE BAKER]	$ 1.269.819
2146	834203	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EXCEPTO MANO	$ 1.057.680
2147	834501	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO	$ 288.700
2148	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO	$ 1.330.852
2149	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO	$ 1.456.753
2150	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO	$ 1.343.172
2151	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA	$ 1.382.623
2152	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE	$ 1.382.623
2153	835101	BURSECTOMÍA ABIERTA	$ 1.040.947
2154	835501	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA	$ 1.597.277
2155	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDÓN O FASCIA O APONEUROSIS VÍA ABIERTA	$ 919.742
2156	836201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)	$ 2.846.980
2157	836301	REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ABIERTA	$ 2.783.865
2158	836302	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.174.139
2159	837502	TRANSFERENCIAS DE TENDÓN EN PARÁLISIS RADIAL	$ 1.745.168
2160	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	$ 1.839.325
2161	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDÓN DE AQUILES	$ 2.156.012
2162	838505	REPARACIÓN DEL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS CON FIJACIÓN	$ 1.673.550
2163	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA	$ 3.075.194
2164	838830	TENODESIS	$ 1.556.914
2165	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDÓN [TENOLISIS]	$ 872.570
2166	839601	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA	$ 25.128

2167	839901	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 1.298.183
2168	839902	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 1.098.696
2169	839903	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 666.255
2170	839906	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 1.061.557
2171	839907	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 1.098.866
2172	839908	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 1.122.889
2173	839909	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 1.071.114
2174	840401	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA	$ 1.656.085
2175	840501	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO	$ 1.656.085
2176	840601	DESARTICULACIÓN DE CODO	$ 1.761.451
2177	840701	AMPUTACIÓN DE BRAZO	$ 1.602.646
2178	840801	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO	$ 2.829.365
2179	840901	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR	$ 2.891.801
2180	841101	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	$ 726.564
2181	841201	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE RETROPIE	$ 1.408.093
2182	841202	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE MEDIOPIE	$ 1.760.239
2183	841203	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ANTEPIE	$ 1.561.373
2184	841501	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIERNA	$ 2.023.939
2185	841601	DESARTICULACIÓN DE RODILLA	$ 1.711.055
2186	841701	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA	$ 1.948.185
2187	841801	DESARTICULACIÓN DE CADERA	$ 2.967.611
2188	842101	REIMPLANTE DE PULGAR	$ 2.609.546
2189	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO	$ 4.476.465
2190	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO	$ 4.539.388
2191	842501	REIMPLANTE DE ARTEJOS	$ 3.624.486
2192	842601	REIMPLANTE DE PIE	$ 3.351.515
2193	842701	REIMPLANTE DE PIERNA	$ 3.161.995
2194	842801	REIMPLANTE DE MUSLO	$ 2.879.647
2195	843101	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO	$ 1.228.241
2196	843201	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO	$ 1.327.758
2197	843301	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO	$ 1.298.002
2198	843401	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO	$ 1.232.950
2199	843501	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO (UNO O MÁS)	$ 1.266.859
2200	843601	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO	$ 1.651.599
2201	843701	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA	$ 1.617.544
2202	843801	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS	$ 865.989
2203	843901	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA	$ 1.874.492
2204	849001	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES	$ 3.301.425
2205	849002	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES	$ 3.305.477
2206	849003	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS Y PARTES ÓSEAS	$ 3.311.258
2207	849401	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL	$ 2.438.149
2208	849501	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE: OSTEOTOMÍAS O FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) EN FÉMUR, TIBIA Y PERONÉ; TRANSFERENCIAS	$ 10.576.419

		MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMÍAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN MUSLO, PIERNA Y PIE TRIPLE ARTRODESIS EN PIE	
2209	849512	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE DE PIE: OSTEOTOMÍAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACIÓN INTERNA INTERVENCIÓN DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS	$ 12.073.800
2210	849513	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE DE PIE: OSTEOTOMÍAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACIÓN EXTERNA INTERVENCIÓN DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS	$ 13.617.312
2211	849701	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE: OSTEOTOMÍAS O FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) EN HÚMERO, CÚBITO O RADIO; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMÍAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO	$ 9.074.504
2212	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 85.722
2213	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 71.491
2214	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 76.580
2215	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 100.524
2216	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 100.524
2217	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 101.523
2218	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 80.978
2219	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 76.696
2220	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 76.580
2221	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 72.538
2222	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 76.580
2223	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 72.616
2224	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 76.580
2225	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 76.696
2226	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 76.696
2227	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 85.160
2228	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 93.112
2229	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 92.065
2230	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 94.090
2231	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 88.271
2232	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 110.718
2233	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 85.800
2234	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 153.557
2235	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 171.127
2236	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 104.175
2237	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 61.695
2238	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 77.620
2239	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 75.110
2240	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 78.911
2241	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 70.960
2242	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	$ 54.782
2243	871202	APICOGRAMA	$ 76.969
2244	871208	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO	$ 128.698
2245	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 106.384
2246	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 97.240
2247	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 128.981
2248	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 184.790
2249	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 227.043
2250	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	$ 199.051
2251	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 214.500
2252	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 217.564

2253	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 229.608
2254	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 329.832
2255	872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	$ 866.632
2256	872510	COLECISTOGRAFÍA ORAL	$ 221.400
2257	872520	COLANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA	$ 412.600
2258	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$ 264.903
2259	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 56.139
2260	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 75.969
2261	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 56.139
2262	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 71.885
2263	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 55.436
2264	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 43.707
2265	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 75.969
2266	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 55.069
2267	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 56.139
2268	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 55.436
2269	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 76.459
2270	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 112.901
2271	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 108.597
2272	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 92.738
2273	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 72.061
2274	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 72.608
2275	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 55.436
2276	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 71.527
2277	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 62.209
2278	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 72.796
2279	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 52.180
2280	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 55.436
2281	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 34.188
2282	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 31.588
2283	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 228.712
2284	874111	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 1.165.118
2285	874113	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 1.070.942
2286	874121	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 1.210.755
2287	874123	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 1.070.942
2288	874125	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 1.166.346
2289	874130	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL	$ 922.807
2290	874131	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 1.308.675
2291	874132	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 1.326.138
2292	874133	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)	$ 1.172.760
2293	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 367.000
2294	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 367.000
2295	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 344.931
2296	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 344.931
2297	875601	ARTROGRAFÍA CERVICAL	$ 251.400
2298	875603	ARTROGRAFÍA LUMBAR	$ 251.400
2299	876110	AORTOGRAMA TORÁCICO	$ 493.923
2300	876121	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	$ 1.914.045
2301	876122	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	$ 1.590.845

2302	876123	VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	$ 5.957.143
2303	876190	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA TORÁCICA DE OTROS VASOS	$ 720.000
2304	876241	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	$ 298.811
2305	876801	MAMOGRAFÍA UNILATERAL O DE PIEZA QUIRÚRGICA	$ 192.169
2306	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 234.287
2307	877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	$ 610.408
2308	877112	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)	$ 1.376.319
2309	877171	ARTERIOGRAFÍA PELVICA (SELECTIVA)	$ 600.000
2310	877201	FLEBOGRAFÍA [VENOGRAFÍA] ABDOMINAL O PÉLVICA (SELECTIVA)	$ 738.597
2311	877210	FLEBOGRAFÍA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)	$ 724.763
2312	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	$ 430.988
2313	877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 418.416
2314	877816	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 333.126
2315	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 192.032
2316	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$ 146.075
2317	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 154.932
2318	878101	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	$ 849.176
2319	878111	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO	$ 1.124.784
2320	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN	$ 414.510
2321	878301	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 240.000
2322	878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR	$ 240.000
2323	878901	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE COLOCADO	$ 437.800
2324	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA	$ 336.000
2325	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 518.198
2326	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 585.411
2327	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 670.324
2328	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 360.684
2329	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 454.970
2330	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 559.715
2331	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 558.941
2332	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 585.484
2333	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 585.416
2334	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 463.441
2335	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 569.716
2336	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 447.035
2337	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$ 165.476
2338	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 513.514
2339	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 629.033
2340	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 697.556
2341	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 355.872
2342	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$ 595.636
2343	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 496.666
2344	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 454.970
2345	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 454.970
2346	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 175.015
2347	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 673.916
2348	879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$ 854.600
2349	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 756.537
2350	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 496.043
2351	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$ 140.667
2352	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 178.961

2353	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 121.350
2354	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 128.307
2355	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 130.537
2356	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 123.928
2357	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 132.605
2358	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	$ 467.222
2359	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON CONTRASTE	$ 633.622
2360	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	$ 868.673
2361	881206	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO CON CONTRASTE	$ 1.412.000
2362	881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL	$ 1.068.131
2363	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	$ 1.266.167
2364	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 118.639
2365	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 126.530
2366	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 240.675
2367	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 154.802
2368	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 127.048
2369	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 110.060
2370	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 147.623
2371	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 200.457
2372	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 105.581
2373	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 97.270
2374	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 83.250
2375	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 98.058
2376	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 102.100
2377	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 207.747
2378	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 161.630
2379	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 166.557
2380	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	$ 490.319
2381	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL	$ 300.000
2382	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 150.895
2383	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 115.985
2384	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 122.849
2385	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 168.887
2386	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 128.307
2387	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 131.092
2388	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 139.436
2389	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 137.423
2390	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 129.712
2391	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 132.026
2392	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 129.627
2393	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 132.074
2394	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 119.574
2395	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 129.627
2396	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 137.423
2397	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 232.711
2398	882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 434.484
2399	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 419.629
2400	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 399.314
2401	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 355.787
2402	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 399.065
2403	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 419.629

2404	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 422.247
2405	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 419.629
2406	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 366.691
2407	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 355.310
2408	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 324.270
2409	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 175.809
2410	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 423.245
2411	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 351.857
2412	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 341.121
2413	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 312.280
2414	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 343.234
2415	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 301.172
2416	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS	$ 267.804
2417	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$ 311.871
2418	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 265.722
2419	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 1.823.054
2420	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 2.242.053
2421	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 2.221.716
2422	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 977.785
2423	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 2.228.187
2424	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 1.937.749
2425	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 1.310.383
2426	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 1.938.502
2427	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 2.037.320
2428	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 2.262.152
2429	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 2.237.292
2430	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$ 414.980
2431	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 1.860.820
2432	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 414.980
2433	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 2.242.053
2434	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 1.950.950
2435	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$ 1.578.863
2436	883390	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	$ 2.879.971
2437	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 2.242.053
2438	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 1.577.177
2439	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 2.212.591
2440	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 2.242.053
2441	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 1.037.395
2442	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 979.368
2443	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 1.036.967
2444	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 979.368
2445	883545	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	$ 1.535.454
2446	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 2.132.635
2447	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 2.457.078
2448	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 3.610.264
2449	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 1.593.094
2450	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	$ 341.405
2451	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 109.175
2452	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 64.823
2453	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 103.707
2454	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 61.947
2455	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 58.500
2456	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 84.278

2457	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 87.583
2458	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 88.385
2459	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	$ 91.000
2460	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 90.256
2461	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 66.857
2462	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 91.264
2463	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 86.682
2464	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 75.364
2465	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 96.988
2466	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	$ 91.000
2467	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 74.988
2468	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 90.689
2469	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 74.988
2470	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 90.788
2471	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 147.500
2472	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 84.138
2473	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 86.702
2474	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	$ 62.769
2475	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	$ 38.728
2476	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 76.179
2477	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 99.995
2478	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 104.668
2479	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 97.040
2480	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 70.484
2481	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 103.571
2482	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	$ 105.900
2483	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 73.298
2484	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 74.043
2485	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 99.091
2486	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 76.410
2487	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 97.539
2488	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 94.961
2489	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 139.129
2490	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 73.291
2491	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 110.420
2492	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 103.984
2493	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 73.301
2494	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 100.940
2495	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 139.709
2496	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 110.192
2497	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 83.230
2498	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 112.994
2499	890477	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 150.604
2500	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	$ 113.947
2501	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 73.424
2502	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 94.318
2503	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 73.188
2504	890487	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	$ 141.137
2505	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 74.146

2506	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	$ 154.950
2507	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	$ 22.800
2508	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR FISIOTERAPIA	$ 20.965
2509	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 64.973
2510	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 77.332
2511	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 77.528
2512	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 80.563
2513	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 76.995
2514	890783	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 76.677
2515	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS	$ 69.045
2516	891401	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	$ 86.821
2517	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	$ 99.709
2518	892001	URODINAMIA ESTÁNDAR	$ 297.889
2519	893703	ESPIROMETRÍA	$ 83.877
2520	893805	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 130.365
2521	893808	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	$ 182.275
2522	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$ 272.178
2523	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	$ 550.986
2524	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	$ 323.249
2525	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	$ 472.643
2526	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	$ 56.986
2527	895401	MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (TELEMETRÍA)	$ 164.019
2528	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$ 1.146.900
2529	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 31.580
2530	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 127.936
2531	898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	$ 44.754
2532	898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA [ACAF] DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO	$ 76.094
2533	898004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	$ 101.281
2534	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUIMICA (ESPECÍFICO)	$ 237.893
2535	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	$ 178.668
2536	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	$ 143.100
2537	898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	$ 193.293
2538	898221	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	$ 148.815
2539	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	$ 119.000
2540	898261	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	$ 200.610
2541	898803	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE INMUNOMARCACIÓN CITOMÉTRICA DE FLUJO (ESPECÍFICO)	$ 1.018.645
2542	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 72.800
2543	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 34.965
2544	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 54.600
2545	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 145.200
2546	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 319.694
2547	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO O, ÁCIDO BORÓNICO)	$ 185.517
2548	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHLNEELSEN]	$ 20.835
2549	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 40.803
2550	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 23.764
2551	901108	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 38.129
2552	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	$ 33.032
2553	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$ 126.147
2554	901203	Brucella CULTIVO	$ 160.203
2555	901206	COPROCULTIVO	$ 95.931

2556	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 62.837
2557	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	$ 72.700
2558	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTES A ORINA)	$ 97.418
2559	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 68.662
2560	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 67.820
2561	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 53.730
2562	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 46.791
2563	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 86.297
2564	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 84.257
2565	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$ 60.332
2566	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA OSEA	$ 78.448
2567	901220	Helicobacter pylori CULTIVO	$ 133.033
2568	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 82.956
2569	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 91.374
2570	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 77.418
2571	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 93.752
2572	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 95.344
2573	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 61.195
2574	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 52.012
2575	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 46.067
2576	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 81.277
2577	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 70.340
2578	901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO	$ 74.900
2579	901302	Demodex EXAMEN DIRECTO	$ 28.804
2580	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 28.593
2581	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 17.669
2582	901309	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 16.290
2583	901311	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	$ 143.351
2584	901312	Listeria SEROTIPIFICACIÓN	$ 50.488
2585	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$ 204.124
2586	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$ 214.612
2587	901320	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN	$ 57.800
2588	901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 62.811
2589	901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus) SEROTIPIFICACIÓN	$ 43.600
2590	901324	Filaria EXAMEN DIRECTO	$ 29.509
2591	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 17.370
2592	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$ 33.450
2593	901502	Clostridium TOXINA	$ 205.298
2594	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$ 196.773
2595	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 144.313
2596	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	$ 168.000
2597	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$ 77.245
2598	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 63.568
2599	902008	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) MANUAL	$ 129.400
2600	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 129.400
2601	902010	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA	$ 64.851
2602	902011	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	$ 64.851
2603	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	$ 87.500
2604	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	$ 54.934
2605	902015	FACTOR III PLAQUETARIO	$ 77.200
2606	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	$ 69.768

2607	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 90.220
2608	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$ 51.715
2609	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 76.617
2610	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 97.420
2611	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 94.684
2612	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 71.678
2613	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	$ 128.960
2614	902024	FIBRINÓGENO	$ 20.725
2615	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	$ 220.492
2616	902029	PLASMINÓGENO	$ 86.487
2617	902030	PRECALICREÍNA	$ 498.838
2618	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	$ 67.690
2619	902032	PROPERDINA FACTOR B	$ 95.078
2620	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 77.313
2621	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$ 117.275
2622	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 84.881
2623	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$ 139.926
2624	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$ 98.058
2625	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 95.753
2626	902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO	$ 14.464
2627	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 46.349
2628	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 32.258
2629	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 10.875
2630	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 29.976
2631	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 22.300
2632	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 179.046
2633	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$ 82.699
2634	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$ 116.585
2635	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$ 120.578
2636	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$ 121.979
2637	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$ 112.475
2638	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 84.627
2639	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$ 120.747
2640	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$ 121.432
2641	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$ 121.537
2642	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$ 503.982
2643	902067	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A COLÁGENO: (VWF:CB)	$ 490.000
2644	902068	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$ 924.000
2645	902069	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$ 488.432
2646	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 1.217.873
2647	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 131.585
2648	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 420.995
2649	902077	INHIBIDOR DE FACTOR VON WILLEBRAND	$ 216.840
2650	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	$ 83.703
2651	902101	CÉLULAS L.E.	$ 28.001
2652	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 63.416
2653	902106	ERITROPOYETINA	$ 78.150
2654	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	$ 60.880
2655	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 67.618
2656	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 67.849
2657	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 68.203
2658	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 46.900
2659	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 65.133

2660	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$ 58.415
2661	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 34.708
2662	902115	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 43.173
2663	902116	HIERRO MEDULAR	$ 51.325
2664	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 57.257
2665	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	$ 79.754
2666	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 11.907
2667	902123	VISCOCIDAD RELATIVA DEL SUERO	$ 81.998
2668	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 7.714
2669	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 6.983
2670	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 11.332
2671	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.600
2672	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	$ 43.600
2673	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 30.929
2674	902211	HEMATOCRITO	$ 6.515
2675	902213	HEMOGLOBINA	$ 20.836
2676	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 13.613
2677	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$ 14.769
2678	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 16.800
2679	902218	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 16.064
2680	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$ 17.338
2681	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 11.512
2682	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 14.092
2683	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 18.402
2684	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 26.941
2685	902225	TÍTULO ANTI D	$ 49.900
2686	902226	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$ 39.136
2687	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 53.202
2688	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$ 88.997
2689	903003	BICARBONATO	$ 70.807
2690	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 79.072
2691	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 91.430
2692	903006	CAROTENOS	$ 34.315
2693	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 86.480
2694	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 84.695
2695	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$ 119.093
2696	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$ 142.715
2697	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 108.304
2698	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 33.600
2699	903016	FERRITINA	$ 61.451
2700	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 30.226
2701	903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 41.250
2702	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 42.922
2703	903022	HOMOCISTEÍNA	$ 88.750
2704	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 79.663
2705	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO	$ 133.337
2706	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 89.180
2707	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 55.804

2708	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 51.744
2709	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 42.956
2710	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 61.848
2711	903032	N-TELOPÉPTIDO	$ 189.998
2712	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 24.265
2713	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 28.957
2714	903035	OSTEOCALCINA	$ 81.551
2715	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 110.438
2716	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 145.733
2717	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 58.800
2718	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 56.609
2719	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 123.810
2720	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$ 283.900
2721	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	$ 58.304
2722	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 122.307
2723	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 100.301
2724	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 58.384
2725	903048	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 110.866
2726	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 259.625
2727	903050	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BH CG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 161.306
2728	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 71.436
2729	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 57.556
2730	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$ 54.508
2731	903054	C-TELOPÉPTIDO	$ 105.838
2732	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$ 35.471
2733	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 439.373
2734	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 134.516
2735	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 62.980
2736	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$ 103.515
2737	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	$ 89.474
2738	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 231.316
2739	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 163.550
2740	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 273.422
2741	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$ 59.933
2742	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 63.660
2743	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 99.522
2744	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 74.395
2745	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	$ 57.939
2746	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	$ 120.314
2747	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	$ 201.015
2748	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 96.302
2749	903110	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 66.846
2750	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 65.882
2751	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$ 112.471
2752	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 104.754
2753	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 118.300
2754	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 54.840
2755	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 522.933
2756	903302	CURVA DE LACTOSA	$ 72.862
2757	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 32.560
2758	903402	ALDOLASA	$ 48.057
2759	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.700

2760	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 51.265
2761	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	$ 49.552
2762	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$ 142.800
2763	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	$ 130.699
2764	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	$ 128.289
2765	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 87.300
2766	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 43.568
2767	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 41.740
2768	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 35.854
2769	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 68.762
2770	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	$ 102.562
2771	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	$ 92.021
2772	903425	FRUCTOSAMINA	$ 34.828
2773	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 64.794
2774	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 78.702
2775	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 62.133
2776	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 71.582
2777	903431	LIPOPROTEÍNA A	$ 85.798
2778	903432	NUCLEOTIDASA 5	$ 51.543
2779	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 46.101
2780	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 113.831
2781	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 106.154
2782	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 117.217
2783	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 93.738
2784	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$ 134.700
2785	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 105.209
2786	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 144.574
2787	903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA - ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE - ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)	$ 151.696
2788	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$ 67.211
2789	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)	$ 82.613
2790	903505	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	$ 38.121
2791	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 59.414
2792	903602	AMONIO	$ 43.816
2793	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 24.274
2794	903604	CALCIO IÓNICO	$ 31.517
2795	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 24.209
2796	903608	ZINC	$ 64.500
2797	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 79.312
2798	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 67.900
2799	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 55.228
2800	903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN DIRECTA	$ 229.044
2801	903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA	$ 273.000
2802	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 131.774
2803	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 150.945
2804	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 142.860
2805	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 149.479
2806	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 157.318
2807	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 137.623
2808	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 117.097
2809	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 131.703

2810	903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	$ 30.686
2811	903711	VITAMINA K	$ 179.187
2812	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.430
2813	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 18.455
2814	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 18.258
2815	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.078
2816	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 24.738
2817	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 23.510
2818	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 41.285
2819	903808	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]	$ 103.250
2820	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 14.396
2821	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 23.397
2822	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 22.832
2823	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	$ 41.487
2824	903813	CLORO	$ 15.672
2825	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.782
2826	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 28.485
2827	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 32.638
2828	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 32.682
2829	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 31.861
2830	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 38.935
2831	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$ 76.892
2832	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 26.630
2833	903822	CREATINA	$ 29.470
2834	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$ 28.379
2835	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.030
2836	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$ 29.995
2837	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 16.512
2838	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA	$ 22.107
2839	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$ 97.138
2840	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$ 23.534
2841	903831	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 64.209
2842	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$ 51.813
2843	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 20.072
2844	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	$ 69.585
2845	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 21.928
2846	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 24.997
2847	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	$ 38.235
2848	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 29.757
2849	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 62.147
2850	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 13.940
2851	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 16.630
2852	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 44.873
2853	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 29.706
2854	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 69.554
2855	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 39.242
2856	903846	HIERRO TOTAL	$ 51.720
2857	903847	LIPASA	$ 41.862
2858	903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 58.734
2859	903849	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$ 73.829
2860	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 81.697

2861	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$ 74.718
2862	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	$ 79.893
2863	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$ 63.128
2864	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 28.088
2865	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 27.665
2866	903856	NITRÓGENO UREICO	$ 14.153
2867	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.138
2868	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 37.708
2869	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 39.118
2870	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 47.188
2871	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.172
2872	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 11.824
2873	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 32.358
2874	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 32.366
2875	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINOTRANSFERASA]	$ 28.094
2876	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINOTRANSFERASA]	$ 28.094
2877	903868	TRIGLICERIDOS	$ 19.833
2878	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 16.041
2879	903870	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.731
2880	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$ 22.529
2881	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 30.371
2882	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 24.150
2883	903874	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 11.324
2884	903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL	$ 22.250
2885	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 15.937
2886	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	$ 18.443
2887	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 36.525
2888	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$ 27.216
2889	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 15.201
2890	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 17.001
2891	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	$ 14.472
2892	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 25.200
2893	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 18.900
2894	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 25.200
2895	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 31.500
2896	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 37.800
2897	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 50.400
2898	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 16.643
2899	904001	ANGIOTENSINA II	$ 325.104
2900	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 118.800
2901	904004	RENINA TOTAL	$ 112.742
2902	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	$ 96.277
2903	904006	LEPTINA	$ 82.049
2904	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 154.186
2905	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$ 110.791
2906	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$ 67.437
2907	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	$ 92.514
2908	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	$ 143.371

2909	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 245.000
2910	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 113.540
2911	904108	PROLACTINA	$ 89.821
2912	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 92.686
2913	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	$ 99.000
2914	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 170.186
2915	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	$ 206.963
2916	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 92.458
2917	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$ 212.220
2918	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$ 219.497
2919	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	$ 126.485
2920	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	$ 99.007
2921	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 118.341
2922	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	$ 143.800
2923	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$ 143.629
2924	904405	MACROPROLACTINA	$ 69.601
2925	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 127.806
2926	904503	ESTRADIOL	$ 82.254
2927	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 93.349
2928	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.087
2929	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 53.883
2930	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 92.654
2931	904510	PROGESTERONA	$ 66.809
2932	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$ 153.324
2933	904512	ANDROSTERONA	$ 205.200
2934	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 86.817
2935	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 78.902
2936	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	$ 99.614
2937	904701	GLUCAGÓN	$ 126.335
2938	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 73.986
2939	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 109.185
2940	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 90.795
2941	904705	INSULINA LIBRE	$ 81.075
2942	904706	PÉPTIDO C	$ 103.400
2943	904707	PROINSULINA	$ 210.000
2944	904708	SOMATOSTATINA	$ 213.362
2945	904709	ADIPONECTINA	$ 210.000
2946	904710	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$ 61.600
2947	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 98.721
2948	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 97.024
2949	904720	ELASTASA PANCREÁTICA	$ 152.701
2950	904721	PÉPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO	$ 142.696
2951	904801	ALDOSTERONA	$ 140.347
2952	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 150.170
2953	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 107.317
2954	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 93.006
2955	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 62.797
2956	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 92.649
2957	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 72.609

2958	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 119.788
2959	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 95.031
2960	904810	DEOXICORTISOL 11	$ 89.144
2961	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 48.272
2962	904812	CORTISOL AM	$ 64.768
2963	904813	CORTISOL PM	$ 78.723
2964	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 59.215
2965	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 79.266
2966	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 92.027
2967	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 138.300
2968	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	$ 114.437
2969	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 204.100
2970	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$ 88.372
2971	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	$ 204.100
2972	904920	TIROGLOBULINA	$ 47.878
2973	904921	TIROXINA LIBRE	$ 65.397
2974	904922	TIROXINA TOTAL	$ 62.122
2975	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	$ 66.862
2976	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 67.064
2977	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 66.720
2978	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 88.599
2979	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	$ 82.523
2980	905001	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 320.123
2981	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 233.407
2982	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 74.323
2983	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 225.027
2984	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR Xa (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	$ 184.800
2985	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 67.881
2986	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 110.055
2987	905203	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.907
2988	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.361
2989	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 95.534
2990	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 50.884
2991	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 122.377
2992	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 99.564
2993	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$ 109.241
2994	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 101.367
2995	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 65.743
2996	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$ 148.400
2997	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 208.281
2998	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 98.465
2999	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.666
3000	905307	CLORPROMAZINA	$ 93.313
3001	905308	FENCICLIDINA	$ 48.987
3002	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 60.549
3003	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 276.502
3004	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 26.404
3005	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 95.080
3006	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 81.780
3007	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 80.217
3008	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 79.378

3009	905415	FLUCONAZOLE AUTOMATIZADO	$ 267.788
3010	905416	ITRACONAZOLE AUTOMATIZADO	$ 303.930
3011	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.700
3012	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.070
3013	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.357
3014	905505	EVEROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 207.200
3015	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$ 108.148
3016	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 80.177
3017	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$ 88.063
3018	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 64.094
3019	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.600
3020	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 68.175
3021	905705	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO	$ 49.176
3022	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.820
3023	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	$ 75.497
3024	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 130.755
3025	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 86.800
3026	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	$ 80.526
3027	905714	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	$ 69.102
3028	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$ 71.400
3029	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.848
3030	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 84.000
3031	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.848
3032	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 73.418
3033	905724	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	$ 65.388
3034	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 98.025
3035	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 89.860
3036	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 75.017
3037	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.876
3038	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 61.611
3039	905737	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.847
3040	905739	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 83.571
3041	905740	OPIÁCEOS MANUAL	$ 69.289
3042	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 88.733
3043	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 82.533
3044	905746	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$ 74.789
3045	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.196
3046	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 129.600
3047	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 78.360
3048	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.954
3049	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 112.071
3050	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$ 64.222
3051	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 62.472
3052	905761	FENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.690
3053	905762	ÁCIDO HIPÚRICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 72.181
3054	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)	$ 186.112
3055	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 53.267
3056	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 43.013
3057	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 93.112
3058	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 88.926
3059	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73.480
3060	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.937
3061	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 62.249
3062	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 70.077

3063	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 39.620
3064	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.987
3065	906016	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.200
3066	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.043
3067	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.940
3068	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.681
3069	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.289
3070	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.615
3071	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.700
3072	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.675
3073	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 128.345
3074	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.876
3075	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.541
3076	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.000
3077	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.388
3078	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51.038
3079	906035	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.500
3080	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.202
3081	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 74.915
3082	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.820
3083	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.435
3084	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.962
3085	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.962
3086	906047	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.706
3087	906048	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.383
3088	906049	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 131.282
3089	906052	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 840.000
3090	906102	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	$ 89.227
3091	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.963
3092	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.960
3093	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.362
3094	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.961
3095	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.533
3096	906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 149.200
3097	906109	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$ 112.000
3098	906110	Echinococcus ANTICUERPOS	$ 78.825
3099	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	$ 128.230
3100	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 215.036
3101	906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.791
3102	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.090
3103	906117	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.170
3104	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.792
3105	906119	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	$ 173.255
3106	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 182.118
3107	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 54.088
3108	906122	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 81.840
3109	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 163.773
3110	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.750
3111	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 98.541
3112	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 115.997
3113	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 101.834

3114	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 160.300
3115	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.400
3116	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	$ 80.630
3117	906133	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.473
3118	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.286
3119	906136	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 163.224
3120	906138	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.205
3121	906139	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.429
3122	906140	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 133.557
3123	906141	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.691
3124	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.489
3125	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.476
3126	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.030
3127	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.179
3128	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 63.400
3129	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 63.400
3130	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 78.000
3131	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.280.509
3132	906211	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.359
3133	906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.340
3134	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.549
3135	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.856
3136	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91.682
3137	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.688
3138	906217	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.737
3139	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.808
3140	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.906
3141	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.354
3142	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.745
3143	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.275
3144	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.477
3145	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.611
3146	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.809
3147	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.570
3148	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 94.394
3149	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.377
3150	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 94.973
3151	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.482
3152	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 119.086
3153	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 285.262
3154	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 57.117
3155	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 50.775
3156	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 53.586
3157	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 51.583
3158	906238	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.749
3159	906239	Poliovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 309.384
3160	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 95.189
3161	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 117.717

3162	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 101.817
3163	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 123.708
3164	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.652
3165	906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.502
3166	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.507
3167	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.568
3168	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 94.704
3169	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 468.334
3170	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$ 56.952
3171	906254	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	$ 99.092
3172	906256	Helicobacter pylori ANTÍGENO	$ 37.494
3173	906258	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.256
3174	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.652
3175	906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 92.399
3176	906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 92.442
3177	906262	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL	$ 189.600
3178	906263	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	$ 167.667
3179	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.421
3180	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.173
3181	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84.876
3182	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108.535
3183	906301	Adenovirus ANTÍGENO	$ 57.000
3184	906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 134.108
3185	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 184.807
3186	906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 41.446
3187	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.500
3188	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	$ 73.376
3189	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	$ 61.583
3190	906315	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 158.341
3191	906316	Giardia lamblia MANUAL	$ 63.000
3192	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 118.022
3193	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.510
3194	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.366
3195	906320	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.346
3196	906321	Influenza ANTÍGENO	$ 64.925
3197	906322	Legionella spp ANTÍGENO	$ 141.049
3198	906323	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	$ 106.500
3199	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	$ 88.976
3200	906325	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 268.708
3201	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.843
3202	906327	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	$ 101.172
3203	906328	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL	$ 56.650
3204	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	$ 73.717
3205	906331	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	$ 120.010
3206	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$ 105.720
3207	906333	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.616
3208	906334	Cándida spp ANTÍGENO	$ 352.333
3209	906337	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 206.039
3210	906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTÍGENO	$ 77.676
3211	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 69.297
3212	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.147

3213	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.098
3214	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.934
3215	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.936
3216	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150.108
3217	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 81.511
3218	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.100
3219	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.517
3220	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 79.371
3221	906416	DEOXIRRIBONUCLEASA B AUTOANTICUERPOS [ANTI ADN B] AUTOMATIZADO	$ 99.892
3222	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.025
3223	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 132.391
3224	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 97.729
3225	906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.990
3226	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98.990
3227	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64.400
3228	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 80.779
3229	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 155.674
3230	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.708
3231	906430	SSB (La) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 115.924
3232	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.500
3233	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.914
3234	906435	MÚSCULO ESTRIADO ANTICUERPOS	$ 100.731
3235	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 55.904
3236	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 85.128
3237	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 98.820
3238	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 73.247
3239	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 142.082
3240	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 617.849
3241	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.660
3242	906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.281
3243	906451	QUERATINA ANTICUERPOS	$ 138.600
3244	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.031
3245	906454	SSA (Ro) ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 113.981
3246	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.454
3247	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.521
3248	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 76.791
3249	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 76.007
3250	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 78.040
3251	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 74.061
3252	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 129.400
3253	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.968
3254	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 520.500
3255	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.873
3256	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.209
3257	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 442.557
3258	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.102
3259	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.166
3260	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.292
3261	906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 65.546

3262	906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.018
3263	906476	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.733
3264	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 90.927
3265	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.309
3266	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.574
3267	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.424
3268	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.836
3269	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 145.103
3270	906484	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 75.750
3271	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.005
3272	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.391
3273	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 336.804
3274	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 380.246
3275	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 383.956
3276	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 166.638
3277	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 593.958
3278	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.556
3279	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 570.000
3280	906494	21 HIDROXILASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 369.788
3281	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$ 504.000
3282	906498	IDENTIFICACIÓN DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECÍFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 1.015.132
3283	906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 1.106.286
3284	906502	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$ 2.914.205
3285	906503	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$ 343.984
3286	906504	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 263.752
3287	906506	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 756.831
3288	906509	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA	$ 557.860
3289	906512	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$ 413.000
3290	906514	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$ 384.689
3291	906517	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$ 151.967
3292	906518	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$ 532.000
3293	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	$ 1.378.035
3294	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$ 326.547
3295	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 542.638
3296	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 559.074
3297	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	$ 803.046
3298	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II	$ 783.270
3299	906601	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 79.000
3300	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109.772
3301	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 134.756
3302	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 185.554
3303	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.521
3304	906606	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 137.615
3305	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.744
3306	906611	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 154.677
3307	906614	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 192.174
3308	906618	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 179.010
3309	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.023
3310	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.025

3311	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.549
3312	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 263.237
3313	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 140.728
3314	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46.063
3315	906626	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.943
3316	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.000
3317	906628	PROTEÍNA EPIDIDIMAL HUMANA 4 (HE-4) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 231.591
3318	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$ 266.900
3319	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 310.849
3320	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 159.614
3321	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 23.800
3322	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.151
3323	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 470.176
3324	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.249
3325	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 287.259
3326	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.689
3327	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 223.300
3328	906756	PLASMOBLASTOS CD38: CD19 IgD CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 700.000
3329	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 45.965
3330	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.311
3331	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA	$ 143.500
3332	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 56.592
3333	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 138.744
3334	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 58.092
3335	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 60.594
3336	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 57.917
3337	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 272.866
3338	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 199.225
3339	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 70.653
3340	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	$ 162.402
3341	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$ 148.617
3342	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 47.153
3343	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 37.404
3344	906828	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.614
3345	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 49.381
3346	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.300
3347	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 47.165
3348	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 48.036
3349	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.396
3350	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.573
3351	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 71.557
3352	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 71.826
3353	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.893
3354	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.774
3355	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 296.049
3356	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.037
3357	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	$ 96.162
3358	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	$ 71.644
3359	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	$ 238.420

3360	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.231
3361	906852	INTERLEUQUINA 1	$ 438.411
3362	906853	INTERLEUQUINA 6	$ 99.508
3363	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$ 204.067
3364	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$ 510.768
3365	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 63.515
3366	906901	AGLUTININAS AL FRÍO	$ 12.392
3367	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$ 21.259
3368	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 24.128
3369	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 64.891
3370	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 70.600
3371	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	$ 101.139
3372	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 130.004
3373	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	$ 51.231
3374	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22.787
3375	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 25.342
3376	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.826
3377	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	$ 53.859
3378	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 18.570
3379	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	$ 14.889
3380	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 14.607
3381	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 11.899
3382	907002	COPROLÓGICO	$ 12.171
3383	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	$ 16.315
3384	907004	COPROSCÓPICO	$ 45.836
3385	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$ 27.971
3386	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	$ 19.741
3387	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 11.585
3388	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 8.520
3389	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	$ 8.572
3390	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 10.210
3391	907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 12.343
3392	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 47.223
3393	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO	$ 41.945
3394	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 14.376
3395	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 28.376
3396	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 13.120
3397	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 21.151
3398	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$ 30.321
3399	907106	UROANÁLISIS	$ 18.697
3400	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$ 23.054
3401	907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	$ 12.910
3402	907109	DENSIDAD URINARIA	$ 14.677
3403	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$ 68.411
3404	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	$ 33.256
3405	907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	$ 37.137
3406	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 83.251
3407	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 79.700
3408	908308	ÁCIDO ORÓTICO	$ 337.180
3409	908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	$ 41.500
3410	908314	CISTINA CUANTITATIVA	$ 166.000
3411	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 55.300

3412	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 79.800
3413	908319	FOSFORILASA ACTIVIDAD	$ 195.200
3414	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 177.200
3415	908321	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD	$ 198.700
3416	908322	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD	$ 198.700
3417	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 164.448
3418	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$ 236.600
3419	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 200.597
3420	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 388.416
3421	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	$ 119.058
3422	908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 630.839
3423	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 195.043
3424	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$ 381.960
3425	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$ 106.400
3426	908333	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	$ 191.900
3427	908334	ALFA GALACTOSIDASA ACTIVIDAD	$ 632.811
3428	908335	ALFA GLUCOSIDASA ACTIVIDAD	$ 573.070
3429	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	$ 198.104
3430	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$ 505.515
3431	908341	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	$ 83.660
3432	908343	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$ 443.600
3433	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	$ 50.264
3434	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)	$ 697.982
3435	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)	$ 1.804.331
3436	908354	TRIPSINÓGENO INMUNOREACTIVO	$ 70.000
3437	908356	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$ 288.400
3438	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	$ 630.152
3439	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	$ 516.397
3440	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$ 518.280
3441	908413	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU"	$ 1.573.218
3442	908414	PRUEBA DE CROMATINA	$ 147.200
3443	908418	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$ 1.190.000
3444	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	$ 4.160.000
3445	908421	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	$ 1.718.969
3446	908422	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	$ 3.106.500
3447	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	$ 278.286
3448	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	$ 314.350
3449	908428	HFE (HEMOCROMATOSIS)	$ 469.000
3450	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$ 422.620
3451	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	$ 315.926
3452	908448	CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECIFICO)	$ 414.838
3453	908604	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 1.066.511
3454	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 423.673
3455	908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	$ 1.806.603
3456	908803	Hepatitis B GENOTIPO	$ 942.339
3457	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 528.000
3458	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 301.611
3459	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 382.500
3460	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL	$ 462.000
3461	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 979.359
3462	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 1.172.500
3463	908811	Epstein-Barr CARGA VIRAL	$ 511.000
3464	908813	Parvovirus CARGA VIRAL	$ 752.500
3465	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$ 211.905

3466	908833	Hepatitis C GENOTIPO	$ 1.068.918
3467	908855	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.117.447
3468	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.305.284
3469	908857	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.375.514
3470	908858	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.425.389
3471	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.322.184
3472	908861	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 487.164
3473	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 324.800
3474	908866	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 316.336
3475	908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 387.735
3476	908870	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 428.926
3477	908871	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 309.630
3478	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 361.647
3479	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 372.680
3480	908875	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 346.856
3481	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 355.445
3482	908890	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 142.867
3483	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 51.351
3484	911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO	$ 57.677
3485	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULAR ES) POR MICROTÉCNICA	$ 42.965
3486	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 25.900
3487	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 101.650
3488	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO	$ 57.549
3489	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	$ 39.541
3490	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 26.096
3491	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$ 23.140
3492	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 31.293
3493	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO	$ 548.244
3494	911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA	$ 37.590
3495	911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO	$ 49.932
3496	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	$ 24.523
3497	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	$ 23.642
3498	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$ 16.980
3499	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	$ 18.722
3500	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	$ 40.719
3501	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	$ 39.281
3502	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	$ 52.335
3503	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$ 49.577
3504	911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA	$ 38.270
3505	911024	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	$ 16.520
3506	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	$ 70.655
3507	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	$ 19.600
3508	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	$ 81.428
3509	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 75.016
3510	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 79.265
3511	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	$ 445.806

3512	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 77.163
3513	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 96.168
3514	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 325.240
3515	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	$ 1.591.575
3516	911203	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS	$ 2.562.871
3517	911302	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO	$ 1.409.205
3518	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 57.336
3519	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 89.417
3520	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 50.896
3521	912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 73.323
3522	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 55.210
3523	912010	EXSANGUINO TRANSFUSIÓN	$ 277.200
3524	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	$ 30.254
3525	933501	TERAPIA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	$ 66.002
3526	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	$ 68.869
3527	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 68.668
3528	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	$ 73.891
3529	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	$ 68.299
3530	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	$ 64.271
3531	935306	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	$ 125.840
3532	935307	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX	$ 120.289
3533	935401	APLICACIÓN DE FÉRULA	$ 167.680
3534	936801	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA	$ 119.700
3535	939402	NEBULIZACIÓN	$ 18.480
3536	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$ 29.904
3537	960201	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA	$ 168.788
3538	960401	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	$ 152.402
3539	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL	$ 104.040
3540	961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA	$ 45.340
3541	963301	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA	$ 38.401
3542	964901	INSTILACIÓN GENITOURINARIA	$ 87.055
3543	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	$ 34.555
3544	965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	$ 39.084
3545	970101	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA	$ 163.358
3546	970201	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA	$ 222.172
3547	970301	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO	$ 189.220
3548	970401	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO	$ 203.590
3549	970501	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO	$ 266.900
3550	972301	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 266.900
3551	973701	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 139.300
3552	974101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE	$ 109.764
3553	975101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	$ 202.521
3554	976203	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 168.612
3555	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$ 411.248
3556	977201	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO	$ 461.836
3557	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	$ 97.678
3558	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	$ 85.313
3559	981202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 106.500

3560	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 103.545
3561	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 142.461
3562	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$ 1.046.966
3563	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	$ 1.032.118
3564	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 1.032.113
3565	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$ 1.921.705
3566	109A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	$ 1.928.809
3567	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 1.920.746
3568	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	$ 272.657
3569	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 458.954
3570	129A02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 384.426
3571	129M01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 484.700
3572	129M02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	$ 274.500
3573	130A01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 506.658
3574	130A02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 426.410
3575	130M01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACIÓN INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 484.700
3576	130M02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	$ 441.100
3577	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	$ 29.952
3578	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	$ 69.146
3579	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$ 90.498
3580	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	$ 139.143
3581	5DSM01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA	$ 148.500
3582	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	$ 544.305
3583	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	$ 667.882
3584	7DS003	DERECHOS DE SALA DE HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO	$ 250.000
3585	7DS004	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS	$ 114.800
3586	7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	$ 83.408
3587	90DS03	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD MEDIANA	$ 250.000
3588		OXIGENO POR LITRO	$ 19

ANEXO 8
CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES
PERSONA JURIDICA

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**

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 **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA 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 **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, 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: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones 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 proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
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 _____

Me permito certificar 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 contratista)

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia o otro documento que acredite 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 o Uniones Temporales podrán presentar la certificación bancaria de uno de los integrantes, de acuerdo a lo establecido en el documento de constitución.

2. INFORMACIÓN BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA — Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Numeral

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 INFORMACIÓN 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 Pública	☐	Precooperativa	
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 ☐ PÚBLICO ☐ MIXTO ☐	ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI NO	
PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PÚBLICO PRIVADO TOTAL	☐ ☐ ☐	% % %	

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	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 EXÓGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI	NO	

5. UBICACIÓN

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

Dirección _____ Teléfono _____

E-mail _____ Fax _____

País _____ Región _____

Ciudad _____

Localización Nacional Extranjera

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 su(s) hijo(s) menor(es)	
Donatorios 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.

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 Domicio 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 contrarían 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 contrarían 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 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. 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, 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 _____, 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 **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA 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

FORMULARIO No. 5
CERTIFICACION DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

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.

Ciudad, 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 **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

El (los) suscrito(s) a saber: (nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente) domiciliado en (domicilio de la persona firmante), identificado con (documento de identificación de la persona firmante. y lugar de expedición), quien obra en calidad de (representante legal 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 DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, 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 POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA 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 contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.

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

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

El proponente:

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

NOTA: PARA EL CASO DE OFERTAS CONJUNTAS, SUSCRIBIRÁN EL PRESENTE DOCUMENTO TODAS LOS QUE CONFORMAN EL CONSORCIO, 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 **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA 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 **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA 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 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. 8

FORMATO GESTION AMBIENTAL

Ciudad, 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: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 88.**

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

CORRESPONDE AL TÉCNICO

Ciudad, 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: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8**

EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

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**	**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 EXPERIENCIAPROPONENTE 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: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA 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	Utilidad operacional dividida por los	Utilidad operacional	Utilidad operacional

	pasivo corriente		menos pasivo corriente	gastos de intereses	dividida por el patrimonio	dividida por el activo total
RESULTADO	%	%	%	%	%	%

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

El proponente:

Firma del representante legal 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. 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: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA 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, seleccionar la fecha.

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

INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

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: _____.
Objeto del Tratado: _____.
Ubicación en el SECOP (Link): _____.

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: _____.
Estado sobre el que se certifica: _____.
Ubicación en el SECOP (LINK): _____.

Nota: Estos datos serán verificados por la Dirección Administrativa y Financiera 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 Oferente, Representante Legal o Apoderado
Nombre del Oferente, Representante Legal o Apoderado
Nombre o Razón Social del Oferente
Identificación del Oferente (C.C., C.E. o NIT)
Dirección, Teléfono, Email del Oferente

FORMULARIO No. 14
APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA 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 demuestren 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

FORMULARIO No. 15

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

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 menor cuantía **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es la : **PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.** El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente). domiciliado en Domicilio de la persona firmante, identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones.

DECRETO 1072 de 2015 – Artículo 1.1.1.1. El Ministerio del Trabajo. El Ministerio del Trabajo es la cabeza del Sector del Trabajo.

Son objetivos del Ministerio del Trabajo la formulación y adopción de las políticas, planes generales, programas y proyectos para el trabajo, el respeto por los derechos fundamentales, las garantías de los trabajadores, el fortalecimiento, promoción y protección de las actividades de la economía solidaria y el trabajo decente, a través un sistema efectivo de vigilancia, información, registro, inspección y control; así como del entendimiento y diálogo social para el buen desarrollo de las relaciones laborales.

Dando alcance a la Resolución No. 04367 del 29 de agosto de 2018 y a lo dispuesto en la sesión del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo del Complejo de DIPON del 04 de octubre de 2018 y en atención a la implementación del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo en la Policía Nacional, así:

Artículo 2.2.4.2.2.2. *Campo de aplicación. La presente sección se aplica a todas las personas vinculadas a través de un contrato formal de prestación de servicios, con entidades o instituciones públicas o privadas con una duración superior a un (1) mes y a los contratantes, conforme a lo previsto en el numeral 1 del literal a) del artículo 2° de la Ley 1562 de 2012 y a los trabajadores independientes que laboren en actividades catalogadas por el Ministerio del Trabajo como de alto riesgo, tal y como lo prevé el numeral 5 del literal a) del artículo 2° de la Ley 1562 de 2012.*

Artículo 2.2.4.2.2.16. *Obligaciones del Contratista.* El contratista debe cumplir con las *normas del Sistema General de Riesgos Laborales, en especial, las siguientes:*

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada del contrato. (Decreto 723 de 2013, art. 16)

Política del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

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.

Objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

1. Promover la mejora continua del desempeño y los resultados de la Policía Nacional, en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo minimizando la ocurrencia de los accidentes de trabajo y a la aparición de enfermedades de origen laboral.
2. Definir y gestionar los recursos para la gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles
4. Identificar y evaluar los requisitos legales aplicables a los centros de trabajo y establecer las acciones de mejoras que permitan dar tratamiento a las brechas identificadas.
5. Fomentar actividades de promoción y prevención de la salud en las unidades que conforman la Policía Nacional.

En atención a la implementación del Sistema de Gestión y Seguridad y Salud en el Trabajo en la Policía Nacional, mediante la Resolución No. 01956 del 25 de abril de 2018, "Por la cual se adopta las directrices de evaluación al SGSST, para los contratistas y subcontratistas, bajo cualquier modalidad de contrato civil, comercial y administrativo, organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, a las agremiaciones u asociaciones que afilien trabajadores independientes al Sistema de Seguridad Social Integral, las empresas de servicios temporales, estudiantes afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales, trabajadores en misión y las personas naturales o jurídicas, que deban ejecutar cualquier objeto contractual y/o se vinculen a la Policía Nacional, a través de contratos de prestación de servicios y los visitantes permanentes y transitorios a los centros de trabajo", el contratista se obliga a dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 4º y artículo 7º, en los numerales 1.2 y 1.3, así:

1.2. Para la ejecución del contrato: adicional a los requerimientos exigidos para la ejecución del contrato, la persona natural o jurídica deberá:

1.2.1. Desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento de 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.

1.2.2. Evidenciar la actividad participación en las actividades que la Policía Nacional o el contratante desarrolle en materia de promoción y prevención de riesgos laborales.

1.2.3. Evidenciar objetivamente, 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.

1.2.4. Participar en todas las actividades del plan de emergencia que se programen por el contratante para el área donde desarrollará las actividades.

1.2.5. 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.

1.2.6. Practicarse los exámenes ocupacionales que la Policía Nacional o el contratante programe al contratista durante la ejecución contractual.

1.2.7. Diligenciar los formatos del SGSST de la Policía Nacional o el contratante, que le sean aplicables a la ejecución de la tarea contratada.

1.2.8 Entregar al contratante o contratista, los documentos que evidencien objetivamente los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, según los requisitos legales y las obligaciones como contratista.

1.3. Para liquidar el contrato al término de su ejecución, el contratista deberá:

1.3.1. Presentar un informe escrito al supervisor del contrato, donde evidencie documentalmente el cumplimiento de las responsabilidades asignadas como contratista, en materia de aseguramiento en SST y permita evidenciar objetivamente la participación de estos, en las actividades de promoción y prevención que adopten y estén conforme a los parámetros adoptados en el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la Policía Nacional.

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

El proponente:

_____

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

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

FORMATO INFORMATIVO 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.

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	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.	>90% 89% - 80% 79% -70% -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	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	

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	<10 10 >10 >15

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

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
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, Res 4678, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	<10 10 >10 >15
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.	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%

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	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%
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 hospitalización	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización **Denominador**: Total de egresos de hospitalización.	0 0 1 >1

Indicador Nro. 4 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

1. 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 2003 de 2014 y demás disposiciones vigentes. Política de seguridad de paciente. Prácticas Seguras: uso seguro de medicamentos 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 / 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	0 0 1 >1

Indicador Nro. 5 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 2003 de 2014 y demás disposiciones vigentes. Política de seguridad de paciente. Prácticas Seguras: uso seguro de medicamentos 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 / 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 0 1 >1

Indicador Nro. 6 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 2003 de 2014, 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	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 / 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	0 0 1 >1

Indicador Nro. 7	
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 2003 de 2014, 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	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)
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	<6 % 7% >8% >10%

Indicador Nro. 8 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 %

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL
(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Oportunidad de pago	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%

Indicador Nro 1 1. Nombre: Oportunidad de pago (LEY 1122 DE 2007)	
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 facturas validas pagadas dentro 45 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período
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, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70% -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
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	>90% 80% 70% -60%

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	>90% 80% 70% -60%
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	>90% 80% 70% -60%

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, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% -60%
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: demag.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.

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. 18
FORMATO VISITA TECNICA

La Unidad Prestadora de Salud cesar por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso cuyo objeto es la **"PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUIRÚRGICOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, LABORATORIO CLINICO, MEDICAMENTOS E INSUMOS INTRAHOSPITALARIOS Y AQUELLOS OFERTADOS EN EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS RELACIONADOS CON EL OBJETO CONTRACTUAL, DIRIGIDO A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, EN LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD (CESAR) DE LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8"** Realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas.

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	203	CIRUGIA GENERAL			
11	204	CIRUGIA GINECOLOGICA			
12	205	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
13	207	CIRUGIA ORTOPEDICA			
14	209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA			
15	212	CIRUGIA PEDIATRICA			
16	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
17	214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA			
18	215	CIRUGIA UROLOGICA			
19	217	OTRAS CIRUGIAS			
20	234	CIRUGIA DE TORAX			
21	235	CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
22	245	NEUROCIRUGIA			
23	301	ANESTESIA			
24	304	CIRUGIA GENERAL			
25	306	CIRUGIA PEDIATRICA			
26	320	GINECOBSTETRICIA			
27	331	NEUMOLOGIA			
28	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA			
29	340	OTORRINOLARINGOLOGIA			
30	355	UROLOGIA			
31	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			
32	366	CIRUGIA DE TORAX			
33	369	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
34	372	CIRUGIA VASCULAR			
35	387	NEUROCIRUGIA			
36	411	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
37	706	LABORATORIO CLINICO			
38	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO			
39	714	SERVICIO FARMACEUTICO			
40	739	FISIOTERAPIA			
41	742	DIAGNOSTICO VASCULAR			

42	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO			
43	744	IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES			
44	745	IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES			
45	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL			
46	747	PATOLOGIA			
47	1101	ATENCION DEL PARTO			
48	1102	URGENCIAS			
49	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS					
50	Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo				
51	Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información				
52	Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.				
53	Señalización visible de advertencia 'Radiación Ionizante'.				
54	Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.				
VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO					
55	LABORATORIO CLÍNICO				
56	CONSULTA EXTERNA				
57	SERVICIO DE URGENCIA				
58	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
59	SERVICIO DE UCI				
SISTEMAS DE INFORMACIÓN					
60	HISTORIA CLÍNICA (ELECTRÓNICA) CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS - ACCESOS RESTRINGIDOS				
PROCESOS PRIORITARIOS					
61	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
62	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
63	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)				
64	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				
65	CÓMITE DE INFECCIONES				

Expedida el día: _____

Atentamente,

_____

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

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la identificación del funcionario que realiza la visita

_____

Firma y nombre completo del funcionario quien atiende la visita

Nombre o razón social del oferente:

Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐):

Nombre Representante Legal:

Identificación (C.C ☐ C.E. ☐)

Dirección:

Email: