371	555102	NEFROURETERECTOMÍA TOTAL (UNILATERAL)	$ 1.142.586
372	559301	REEMPLAZO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA	$ 1.408.796
373	565101	URETEROILEOSTOMÍA CUTÁNEA (CIRUGÍA DE BRICKER)	$ 2.121.906
374	571210	CISTOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.160.667
375	571220	CISTOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.081.737
376	793921	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.816.964
377	793952	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 4.049.380
378	794601	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 1.360.954
379	794602	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 1.385.822
380	794604	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 1.499.746
381	795501	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR	$ 1.884.837
382	791701	REDUCCIÓN INDIRECTA DE PILÓN CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.374.700
383	850201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMÍA	$ 866.562
384	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$ 751.505
385	851301	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U OTRO DISPOSITIVO	$ 521.278
386	858701	RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN	$ 2.592.242
387	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)	$ 444.132
388	861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$ 342.580
389	567401	URETERONEOCISTOSTOMÍA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL VÍA ABIERTA	$ 2.255.747
390	567403	URETERONEOCISTOSTOMÍA CON TÉCNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VÍA ABIERTA	$ 1.980.622
391	568301	CIERRE DE URETEROSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.767.683
392	568403	FISTULECTOMÍA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VÍA ABIERTA	$ 2.500.970
393	570101	LIMPIEZA Y DRENAJE TRANSURETRAL DE VEJIGA	$ 890.594
394	573301	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA TRANSURETRAL	$ 665.843
395	573302	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA TRANSURETRAL	$ 648.464
396	574201	RESECCIÓN DE LESIÓN VESICAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.488.771
397	576061	RESECCIÓN TRANSURETRAL (ENDOSCÓPICA) DE CUELLO VESICAL	$ 1.928.583
398	578201	CIERRE DE CISTOSTOMÍA (FISTULECTOMÍA VESICO-CUTÁNEA)	$ 714.072
399	578702	AMPLIACIÓN DE VEJIGA CON SEGMENTO DE COLON	$ 6.848.766
400	584530	MEATOPLASTIA, GLANDULOPLASTIA, AVANZAMIENTO (MAGPI)	$ 1.901.137
401	588202	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO URETRAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.792.219
402	797503	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA CON TENOTOMÍA DE ADUCTORES O PSOAS	$ 1.724.536
403	797801	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS	$ 1.480.815
404	797802	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA	$ 722.285
405	798101	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR	$ 2.151.530
406	861202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL POR INCISIÓN	$ 970.877
407	862324	ESCARECTOMÍA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.222.867
408	862326	ESCARECTOMÍA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.385.851
409	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	$ 568.230
410	863104	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	$ 250.000
411	543102	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 562.185
412	573101	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA ARTIFICIAL O CISTOSTOMÍA	$ 492.424
413	575203	ENDOMETRECTOMÍA DE VEJIGA VÍA ABIERTA	$ 1.018.458
414	576001	CISTECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 1.118.014
415	577301	EXTIRPACIÓN TOTAL DE VEJIGA URINARIA (CISTECTOMÍA) VÍA ABIERTA	$ 5.566.959
416	577303	CISTECTOMÍA TOTAL CON URETRECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.198.836
417	577313	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL MAS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE ORTOTÓPICA) VÍA ABIERTA	$ 2.950.000
418	578101	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO VESICAL (CISTORRAFIA) VÍA ABIERTA	$ 830.502

419	578303	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VÍA ABIERTA	$ 1.478.277
420	578502	CISTOURETROPLASTIA Y PLASTIA DE CUELLO VESICAL	$ 3.735.518
421	595101	SUSPENSIÓN URETRO VESICAL RETROPÚBICA	$ 1.338.759
422	600110	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ABIERTA	$ 1.469.067
423	601101	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 730.313
424	601102	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR ABORDAJE PERINEAL	$ 724.352
425	608201	ESCISIÓN DE LESIÓN DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO	$ 1.538.690
426	609401	CONTROL DE HEMORRAGIA (POSQUIRÚRGICA) DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA	$ 1.851.632
427	612101	REPARACIÓN O ESCISIÓN DE HIDROCELE (HIDROCELECTOMÍA) DE TÚNICA VAGINALIS	$ 1.427.512
428	776101	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE CLAVÍCULA	$ 724.678
429	776104	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE ESCÁPULA	$ 687.410
430	776109	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)	$ 2.550.251
431	776201	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO	$ 494.000
432	776902	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 2.946.240
433	776202	ESCISION TUMOR BENIGNO EN HÚMERO CON INJERTO	$ 1.271.160
434	776301	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RADIO O CÚBITO	$ 687.410
435	776401	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 1.600.000
436	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	$ 91.321
437	306402	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO LARÍNGEO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.015.164
438	311301	TRAQUEOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.805.741
439	314602	BIOPSIA DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.127.831
440	315001	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE TRÁQUEA VÍA ABIERTA	$ 2.586.689
441	652801	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.177.635
442	652802	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.687.410
443	667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA	$ 2.811.934
444	667901	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROTOMÍA	$ 1.410.950
445	667902	SALPINGOPLASTIA (FIMBRIOPLASTIA) POR LAPAROSCOPIA	$ 1.115.417
446	669902	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.546.790
447	671201	BIOPSIA EN SACABOCADO DE CUELLO UTERINO	$ 311.263
448	672001	CONIZACIÓN CERVICAL	$ 678.777
449	673101	ESCISIÓN DE PÓLIPO EN CUELLO UTERINO (CÉRVIX)	$ 221.393
450	682401	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR LAPAROTOMÍA	$ 795.962
451	682402	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR VÍA VAGINAL	$ 1.079.767
452	682403	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR LAPAROSCOPIA	$ 3.334.884
453	684001	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL CON REMOCION DE MOLA O FETO MUERTO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.553.860
454	807001	RESECCION COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL	$ 1.186.275
455	807302	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 1.624.640
456	866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1.362.639
457	866103	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL DEL VEINTE 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1.546.462
458	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1.057.496
459	866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1.019.519
460	866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1.067.429
461	866204	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL DEL 30% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1.682.683
462	866601	INJERTO HOMÓLOGO DE PIEL	$ 1.888.298
463	866701	INJERTO GRASO	$ 1.211.461
464	866702	INJERTO DERMOGRASO	$ 1.782.386
465	317304	CIERRE DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA CON RECONSTRUCCIÓN DE ESÓFAGO VÍA ABIERTA	$ 5.615.000
466	317401	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 458.527
467	317504	RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO (ANTERIOR O POSTERIOR)	$ 10.519.063
468	321401	DILATACIÓN DE BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 8.190.006
469	322801	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PULMONAR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 10.053.475
470	324201	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR VÍA ABIERTA	$ 9.403.697
471	691202	ESCISION Y ABLACIÓN DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA	$ 2.108.241
472	691910	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE LIGAMENTO ANCHO O DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO	$ 1.381.629

473	701430	VAGINOPERINEOTOMÍA	$ 597.681
474	705303	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR CON AMPUTACIÓN DE CUELLO	$ 897.494
475	706102	VAGINOPLASTIA VÍA PERINEAL	$ 2.071.420
476	706103	VAGINOPLASTIA VÍA ABDOMINOPERINEAL	$ 1.015.097
477	710920	AMPLIACIÓN DEL INTROITO	$ 1.301.417
478	711130	BIOPSIA DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 534.137
479	712401	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 647.398
480	869201	DERIVACIÓN LINFÁTICA (MANEJO DE LINFEDEMA)	$ 3.267.115
481	869601	INSERCIÓN (SUBCUTÁNEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (ÚNICO O MÚLTIPLE)	$ 3.417.692
482	869701	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (ÚNICO O MÚLTIPLE)	$ 1.138.418
483	325201	NEUMONECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	$ 13.477.425
484	580101	URETROSTOMÍA	$ 344.148
485	585001	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS EN URETRA (URETROLISIS)	$ 583.485
486	761201	ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 2.150.000
487	766301	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.028.866
488	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR	$ 2.532.569
489	250002	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA (EN CUÑA)	$ 682.110
490	252001	RESECCIÓN DE LENGUA EN CUÑA	$ 2.078.695
491	253401	GLOSECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 11.526.358
492	908420	ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES (ESPECÍFICOS)	$ 4.545.455
493	908424	ESTUDIO MOLECULAR DE MUTACIONES (ESPECÍFICAS)	$ 925.063
494	590101	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL (LUMBOTOMÍA EXPLORADORA) VÍA ABIERTA	$ 1.603.270
495	590301	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PERIURETERALES Y PERICALICIALES [URETEROLISIS] O [PIELOURETEROLISIS]	$ 800.838
496	595102	PEXIA URETRAL RETROPÚBICA	$ 2.434.432
497	596102	PEXIA PARAURETRAL O PERIURETRAL	$ 2.434.432
498	429405	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	$ 754.810
499	833901	ESCISIÓN DE QUISTE POPLÍTEO (DE BAKER)	$ 1.233.709
500	254001	GLOSECTOMÍA RADICAL VÍA ABIERTA	$ 9.610.348
501	255101	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VÍA ABIERTA	$ 807.685
502	261001	BIOPSIA CERRADA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL (PUNCIÓN O ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA O TRUCUT)	$ 578.308
503	261003	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA SALIVAL MAYOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	$ 812.449
504	263102	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL	$ 2.121.487
505	599301	REEMPLAZO DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA	$ 1.104.186
506	601201	BIOPSIA DE PRÓSTATA VÍA ABIERTA	$ 1.812.781
507	602001	RESECCIÓN O ENUCLEACIÓN TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PRÓSTATA (RTUP) O ADENOMECTOMÍA	$ 2.497.157
508	577315	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL MÁS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTÓTOPICA) VÍA ABIERTA	$ 2.850.000
509	577311	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MÁS DERIVACIÓN URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VÍA ABIERTA	$ 3.858.624
510	332901	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE BRONQUIO O PULMÓN VÍA ABIERTA	$ 3.178.365
511	340201	TORACOTOMÍA EXPLORATORIA	$ 532.102
512	340301	TORACOSTOMÍA VÍA ABIERTA CON RESECCIÓN COSTAL	$ 2.577.474
513	340401	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	$ 404.955
514	456201	DUODENECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.106.001
515	457101	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA MUCOSA VÍA ABIERTA	$ 3.557.704
516	464001	REMODELACIÓN DE ESTOMA INTESTINAL	$ 2.463.100
517	465101	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 5.738.319
518	465201	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 6.333.416
519	467601	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCÓLICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 1.283.161
520	468012	REDUCCIÓN INTESTINAL CON RESECCIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA	$ 2.201.477
521	468501	DILATACIÓN DEL COLON POR COLONOSCOPIA	$ 2.695.071
522	469702	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN INTESTINO GRUESO	$ 1.476.257
523	540004	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	$ 1.798.797
524	540007	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA ABIERTA	$ 1.776.789
525	340501	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA PERCUTÁNEA	$ 676.992
526	340601	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA POR TORACOTOMÍA	$ 4.834.314
527	340701	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PARED TORÁCICA	$ 2.249.252

528	340903	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORÁCICA ANTERIOR CON COLGAJO (MUSCULAR O DE EPIPLÓN)	$ 4.422.133
529	341001	MEDIASTINOSCOPIA DIAGNÓSTICA	$ 2.584.079
530	341202	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA ABIERTA	$ 2.126.930
531	482401	BIOPSIA CERRADA DE RECTO O SIGMOIDE, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 300.054
532	487602	CORRECCIÓN DE PROLAPSO POR RESECCIÓN DE PROCIDENCIA RECTAL CON ANASTOMOSIS VÍA PERINEAL	$ 1.572.630
533	502103	DRENAJE DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.644.327
534	512101	COLECISTECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 3.031.300
535	512104	COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.569.829
536	524101	DRENAJE TRANSGÁSTRICO ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO	$ 3.181.316
537	524102	DRENAJE TRANSAMPULAR ENDOSCÓPICO DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO	$ 2.152.344
538	529603	ANASTOMOSIS DEL PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 16.474.425
539	549011	RETIRO DE CATÉTER PERITONEAL PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	$ 1.275.703
540	549013	RETIRO DE OTRO CATÉTER PERITONEAL	$ 727.267
541	821101	TENOTOMÍA DE MANO PALMAR	$ 857.702
542	821102	TENOTOMÍA DE MANO DORSAL	$ 857.702
543	776501	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR	$ 2.694.370
544	664001	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	$ 992.848
545	664002	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.090.426
546	665002	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.811.798
547	667101	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 975.197
548	667301	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 2.172.972
549	669410	SALPINGO-OOFOROPLASTIA (OPERACIÓN DE ESTES)	$ 1.013.617
550	669901	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 835.801
551	671202	BIOPSIA DE CUELLO UTERINO CIRCUNFERENCIAL	$ 699.524
552	676920	TRAQUELOPLASTIA CON TRAQUELORRAFIA	$ 1.184.324
553	682201	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.762.166
554	787801	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 732.807
555	682302	RESECCIÓN DE PÓLIPO ENDOMETRIAL POR HISTEROSCOPIA	$ 1.229.311
556	829101	LIBERACIÓN DE ADHESIONES DE FASCIA, MÚSCULO Y TENDÓN DE MANO	$ 939.774
557	829401	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO	$ 555.143
558	829501	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO	$ 555.143
559	831101	TENOTOMÍAS EN PIE (UNA O MÁS)	$ 872.087
560	831202	LIBERACIÓN PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMÍAS (CADERA COLGANTE)	$ 1.081.214
561	831203	LIBERACIÓN DE FLEXORES DE CADERA	$ 1.679.827
562	831204	LIBERACIÓN DE MUSCULATURA PELVITROCANTÉRICA	$ 1.679.827
563	862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.368.520
564	862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.464.813
565	862901	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	$ 760.000
566	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES	$ 871.226
567	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 1.415.175
568	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 749.127
569	831451	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL	$ 1.896.063
570	831461	FASCIOTOMÍA EN MUSLO, POR UNA O MÁS INCISIONES	$ 1.176.989
571	831481	FASCIOTOMÍA EN PIE, UNA O MÁS INCISIONES	$ 457.602
572	831905	ESCALENOTOMÍA O SECCIÓN DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL	$ 1.406.724
573	831910	SECCIÓN DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	$ 344.148
574	703340	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE VAGINA	$ 1.838.182
575	833101	ESCISIÓN DE GANGLIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN, EXCEPTO DE MANO	$ 1.186.275
576	833201	ESCISIÓN DE MIOSITIS OSIFICANTE	$ 520.440
577	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO	$ 1.190.574
578	863105	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES	$ 175.000

579	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	$ 810.851
580	866104	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 2.189.422
581	866301	INJERTO CONDROCUTÁNEO	$ 1.564.116
582	804802	CORRECCIÓN DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO (HEYMAN-HERNDON-STRONG)	$ 2.477.962
583	774910	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA ABIERTA	$ 1.142.343
584	774911	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.132.798
585	776502	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 3.782.697
586	837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA	$ 4.053.547
587	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	$ 2.433.139
588	837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO	$ 3.590.210
589	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO	$ 1.150.000
590	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 867.034
591	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 694.393
592	867101	COLGAJO ÚNICO DE CUERO CABELLUDO	$ 1.745.227
593	867102	COLGAJO MÚLTIPLE DE CUERO CABELLUDO	$ 1.551.899
594	867103	COLGAJO CUTÁNEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 2.003.725
595	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 2.353.883
596	867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)	$ 2.315.712
597	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 962.434
598	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.925.918
599	867501	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO	$ 2.772.104
600	868101	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA GENERAL	$ 867.458
601	868102	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA ESPECIAL	$ 831.753
602	868103	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA GENERAL	$ 770.554
603	868104	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA ESPECIAL	$ 657.714
604	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 3.307.867
605	772103	OSTEOTOMÍA DE COSTILLA (UNA O MÁS)	$ 2.218.176
606	772104	OSTEOTOMÍA DE ESCÁPULA	$ 2.010.706
607	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA	$ 1.327.802
608	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.710.900
609	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.909.966
610	546101	CIERRE DE DISRUPCIÓN POSTOPERATORIA DE PARED ABDOMINAL (EVISCERACIÓN)	$ 1.603.270
611	341401	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOTOMÍA	$ 5.059.575
612	776601	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RÓTULA	$ 2.604.317
613	341402	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMÍA	$ 3.389.649
614	776701	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONÉ	$ 2.906.882
615	293307	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VÍA ABIERTA	$ 5.419.506
616	776802	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 3.134.557
617	776901	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 2.250.230
618	776920	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS	$ 3.020.741
619	293308	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.777.414
620	776929	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORÁCICA	$ 2.228.901
621	776931	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 2.422.414
622	776921	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS	$ 5.522.434
623	776933	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCÍGEO VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 2.218.176
624	543201	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 2.337.118
625	822201	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN MÚSCULO DE MANO	$ 2.427.109
626	864101	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES CENTÍMETROS	$ 639.648
627	776803	RESECCIÓN DEL ESPOLÓN CALCÁNEO	$ 883.519

628	837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO	$ 2.399.681
629	837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA	$ 2.491.281
630	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE	$ 2.350.112
631	837901	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO CON DESCENSO DE TROCÁNTER MAYOR Y OSTEOTOMÍA	$ 2.064.920
632	838501	ALARGAMIENTO TENDÓN POPLÍTEO	$ 1.282.332
633	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDÓN DE AQUILES	$ 2.433.139
634	838505	REPARACIÓN DEL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS CON FIJACIÓN	$ 1.238.244
635	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA	$ 1.609.253
636	839401	ASPIRACIÓN DE BURSA	$ 462.964
637	839501	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO	$ 593.651
638	839601	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA	$ 389.683
639	839701	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN	$ 225.837
640	868501	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE UNO A DOS	$ 874.857
641	868502	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO	$ 1.054.537
642	546201	CIERRE RETARDADO DE HERIDA ABDOMINAL EN FASE DE GRANULACIÓN	$ 533.422
643	547401	EVENTRORRAFIA CON COLOCACIÓN DE MALLA	$ 1.879.000
644	549004	COLOCACIÓN DE CATÉTER PERITONEAL IMPLANTABLE PARA QUIMIOTERAPIA INTRAARTERIAL	$ 1.291.207
645	549012	RETIRO DE CATETER PERMANENTE PARA HEMODIÁLISIS	$ 809.162
646	552210	RENOPUNCIÓN O PUNCIÓN RENAL PERCUTÁNEA	$ 537.441
647	559401	REEMPLAZO DE CATÉTER DE PIELOSTOMÍA	$ 1.178.238
648	562101	EXPLORACIÓN DE URÉTER POR URETEROTOMÍA (VÍA ABIERTA)	$ 1.976.161
649	864102	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	$ 759.804
650	776302	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RADIO O CÚBITO	$ 5.072.312
651	864103	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS	$ 1.130.239
652	776503	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN FÉMUR	$ 5.269.030
653	864104	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS	$ 2.481.607
654	864105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	$ 1.442.120
655	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO	$ 885.016
656	778101	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA	$ 2.228.901
657	840001	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 1.728.019
658	840101	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MÁS)	$ 834.824
659	840201	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR	$ 783.795
660	840601	DESARTICULACIÓN DE CODO	$ 2.816.260
661	840701	AMPUTACIÓN DE BRAZO	$ 1.694.223
662	840801	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO	$ 3.168.737
663	840901	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR	$ 1.893.920
664	841301	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO	$ 2.433.139
665	841401	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ	$ 1.052.869
666	841601	DESARTICULACIÓN DE RODILLA	$ 2.433.139
667	841701	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA	$ 1.728.019
668	565710	URETERONEOPROCTOSTOMÍA (ANASTOMOSIS DE URÉTERES A RECTO AISLADO IN SITU) (OPERACIÓN DE HEINZ-BOYER)	$ 4.203.128
669	569001	DILATACIÓN DE MEATO URETERAL	$ 516.116
670	569002	DILATACIÓN URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 814.687
671	573501	BIOPSIA DE TEJIDO PERIVESICAL	$ 218.414
672	574101	ABLACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES TRANSURETRAL	$ 2.321.661
673	575202	RESECCIÓN O FULGURACIÓN SUPRAPÚBICA DE LESIÓN VESICAL, VÍA ABIERTA	$ 1.719.661
674	578402	FISTULECTOMÍA VÉSICO-VAGINAL	$ 1.131.789
675	578450	FISTULECTOMÍA URETRO-PERINEO-VESICAL	$ 1.131.789
676	578910	REPARACIÓN DE LACERACIONES O DESGARROS NO OBSTÉTRICOS QUE INVOLUCRAN VEJIGA Y URETRA (GRADO IV)	$ 862.494

677	778104	RESECCIÓN PARCIAL DE COSTILLAS	$ 2.073.527
678	778105	RESECCIÓN PARCIAL DE ESTERNÓN	$ 1.953.193
679	778201	RESECCIÓN DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA HUMERAL	$ 2.268.818
680	778202	HEMI O DIAFISECTOMÍA DE HÚMERO	$ 2.422.414
681	778203	RESECCIÓN DE CABEZA HUMERAL	$ 3.136.992
682	778301	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN CÚBITO (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 2.422.414
683	778302	RESECCIÓN DE EPÍFISIS DE CÚBITO	$ 2.063.143
684	778303	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN RADIO	$ 4.605.777
685	778304	RESECCIÓN DE CÚPULA DE RADIO	$ 2.149.612
686	778305	RESECCIÓN DE OLÉCRANON	$ 2.063.143
687	778306	RESECCIÓN DE CABEZA DE RADIO	$ 4.326.243
688	778501	HEMIDIAFISECTOMÍA EN FÉMUR	$ 2.422.414
689	778701	RESECCIÓN PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 2.422.414
690	778702	RESECCIÓN PARCIAL DE PERONÉ (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 2.146.229
691	778703	HEMIDIAFISECTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ	$ 4.570.161
692	778901	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 4.014.576
693	778911	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 2.063.143
694	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO	$ 7.454.250
695	849001	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES	$ 5.571.143
696	849002	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES	$ 5.659.111
697	849003	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS Y PARTES ÓSEAS	$ 7.710.025
698	962101	DILATACIÓN DEL RECTO	$ 879.000
699	962201	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL	$ 879.000
700	972301	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 236.544
701	579930	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS EN VEJIGA	$ 800.838
702	580110	URETROSTOMÍA PERINEAL	$ 1.309.816
703	583101	FULGURACIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES URETRALES	$ 1.165.080
704	583230	URETRECTOMÍA SIMPLE, VÍA ABIERTA	$ 1.868.594
705	583240	URETRECTOMÍA RADICAL, VÍA ABIERTA	$ 1.943.431
706	778921	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS	$ 4.380.722
707	778923	HEMIPELVECTOMÍA	$ 3.019.573
708	779101	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA	$ 2.377.190
709	779102	RESECCIÓN TOTAL DE CLAVÍCULA	$ 2.218.176
710	779131	RESECCIÓN TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMÍA (UNA O MÁS)	$ 1.554.708
711	779201	RESECCIÓN DE HÚMERO (PROXIMAL O DISTAL)	$ 2.526.537
712	779202	RESECCIÓN RADICAL DE HÚMERO SIN INJERTO	$ 2.962.092
713	779203	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE HÚMERO CON INJERTO	$ 3.013.403
714	779301	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE CÚBITO O RADIO	$ 2.407.270
715	779701	RESECCIÓN TOTAL DE LA TIBIA O PERONÉ	$ 2.385.862
716	779801	RESECCIÓN TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO	$ 2.318.656
717	780101	INJERTO ÓSEO EN CLAVÍCULA	$ 1.224.423
718	780202	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HÚMERO	$ 1.488.194
719	850101	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA	$ 688.987
720	851201	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA	$ 228.956
721	851302	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 601.263
722	852002	ESCISIÓN SELECTIVA DE CANAL GALACTÓFORO	$ 1.334.892
723	852101	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA	$ 881.570
724	852301	MASTECTOMÍA SUBTOTAL	$ 2.522.000
725	852401	ESCISIÓN DE PEZÓN ACCESORIO O SUPERNUMERARIO	$ 1.095.819
726	854301	MASTECTOMÍA SIMPLE CON ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES	$ 2.933.728
727	854501	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFÁTICO REGIONALES	$ 2.329.752
728	854502	MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA UNILATERAL	$ 3.222.594
729	858201	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA	$ 3.056.980
730	858301	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA	$ 3.435.442
731	858401	COLGAJO LOCAL EN LA MAMA	$ 2.034.398
732	858402	COLGAJO LOCAL CUTÁNEO EN LA MAMA	$ 1.794.032
733	858403	COLGAJO LOCAL MUSCULOCUTÁNEO EN LA MAMA	$ 2.112.011
734	975101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	$ 879.000
735	992501	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE INDUCCIÓN	$ 583.732
736	992502	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRATECAL	$ 109.579
737	992504	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	$ 297.094
738	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	$ 407.870

739	584701	MEATOPLASTIA URETRAL	$ 485.585
740	586102	DILATACIÓN DE URETRA POR URETROTOMÍA INTERNA	$ 271.973
741	589201	ESCISIÓN DE TEJIDO PERIURETRAL	$ 653.899
742	590201	URETEROLISIS CON LIBERACION O REPOSICIONAMIENTO DE URÉTER	$ 1.520.162
743	590401	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRENAL	$ 1.307.742
744	590501	DRENAJE PERCUTÁNEO DE COLECCIÓN EN ÁREA PERIRRENAL	$ 2.712.671
745	591101	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS PERIVESICALES	$ 1.749.868
746	591910	EXPLORACIÓN DE TEJIDO PERIVESICAL	$ 766.215
747	591920	INCISIÓN Y DRENAJE DE COLECCIÓN EN TEJIDO PERIVESICAL Y ESPACIO DE RETZIUS	$ 602.793
748	780502	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE FÉMUR	$ 1.646.062
749	781202	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EN CODO	$ 1.360.954
750	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)	$ 458.659
751	861401	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	$ 471.039
752	862310	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO	$ 3.018.410
753	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.056.771
754	862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 752.487
755	597910	URETROPEXIA ANTERIOR	$ 2.126.277
756	597940	URETROCOLPOPEXIA VÍA VAGINAL O ABDOMINAL	$ 1.712.386
757	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.684.973
758	600112	DRENAJE DE COLECCIÓN EN PRÓSTATA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.091.931
759	611101	BIOPSIA DE ESCROTO	$ 858.359
760	613101	RESECCIÓN DE QUISTE SEBÁCEO EN ESCROTO	$ 1.062.320
761	613401	RESECCIÓN PARCIAL DEL ESCROTO	$ 1.243.769
762	862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.329.367
763	613402	RESECCIÓN TOTAL DEL ESCROTO	$ 1.256.267
764	614201	FISTULECTOMÍA DE ESCROTO	$ 818.671
765	614910	RECONSTRUCCIÓN DE ESCROTO CON COLGAJO O INJERTO PEDICULAR	$ 4.332.501
766	621201	BIOPSIA DE TESTÍCULO, VÍA ABIERTA	$ 499.158
767	623001	ORQUIECTOMÍA CON EPIDIDIDECTOMÍA (RADICAL)	$ 1.502.215
768	625101	ORQUIDOPEXIA CON DESTORSIÓN DE TESTÍCULO O DE CORDÓN ESPERMÁTICO	$ 1.290.266
769	631001	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA VÍA RETROPERITONEAL	$ 1.187.128
770	631002	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA, POR LAPAROSCOPIA	$ 1.874.469
771	782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FÉMUR	$ 1.141.195
772	782402	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FÉMUR	$ 1.006.687
773	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ	$ 1.233.709
774	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ	$ 1.343.217
775	782521	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA O PERONÉ	$ 1.192.312
776	631201	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA VÍA RETROPERITONEAL	$ 2.000.060
777	631202	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.282.280
778	632101	ESPERMATOCELECTOMÍA O RESECCIÓN QUISTE DEL EPIDÍDIMO	$ 1.339.795
779	634001	EPIDIDIMECTOMÍA	$ 1.745.129
780	635201	REDUCCION DE TORSIÓN TESTICULAR O CORDÓN ESPERMÁTICO	$ 2.035.923
781	641101	BIOPSIA DE PENE	$ 153.033
782	649101	CORTE DORSAL O LATERAL EN PREPUCIO	$ 1.371.040
783	649804	CORRECCIÓN DE ANGULACIÓN PENEANA	$ 2.153.536
784	651201	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 511.629
785	651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 991.881
786	652101	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 423.192
787	652301	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.888.979
788	652302	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.587.557
789	652401	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 987.934
790	652410	OFOROSTOMIA	$ 672.768
791	652701	FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 851.333
792	652702	FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.717.000
793	652901	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 1.108.520
794	652902	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.664.915
795	653101	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.098.627
796	653102	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.041.178

797	655101	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 575.696
798	657801	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 792.720
799	657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.458.000
800	657803	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 897.494
801	657804	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.123.537
802	660201	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.042.884
803	660202	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.236.633
804	661110	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 410.570
805	819101	ASPIRACIÓN ARTICULAR	$ 756.132
806	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 50.769
807	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$ 50.769
808	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	$ 24.279
809	905002	NIVEL DE LIDOCAÍNA (MONOETILGLICINEXILIDIDA-MEGX) EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 17.613
810	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N-ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 12.883
811	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 15.602
812	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 22.282
813	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 26.038
814	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.571
815	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$ 182.091
816	908343	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$ 255.238
817	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	$ 632.938
818	908413	ERBB2 [HER-2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU"	$ 1.312.500
819	906102	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	$ 62.144
820	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.144
821	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.303
822	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	$ 20.844
823	906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 7.532
824	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.689
825	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 45.035
826	903110	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 33.077
827	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$ 35.663
828	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 6.959
829	903402	ALDOLASA	$ 9.386
830	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 11.117
831	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 44.551
832	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	$ 31.013
833	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	$ 23.373
834	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	$ 23.966
835	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 146.250
836	906748	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.571
837	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 17.095
838	516201	ESCISIÓN DE LA AMPOLLA DE VATER (AMPULECTOMÍA) CON REIMPLANTACIÓN DE COLÉDOCO VÍA ABIERTA	$ 8.461.949
839	517101	SUTURA SIMPLE DE COLÉDOCO VÍA ABIERTA	$ 1.774.706
840	517301	RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	$ 5.807.053
841	518401	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPOLLA Y DEL CONDUCTO BILIAR	$ 3.831.439
842	519501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE VÍA BILIAR VÍA ABIERTA	$ 2.406.371
843	521001	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	$ 1.693.012
844	521002	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.512.384
845	521401	BIOPSIA DE DUCTO PANCREÁTICO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.307.417
846	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 7.955
847	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 4.062
848	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	$ 15.596
849	901206	COPROCULTIVO	$ 8.670
850	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 15.493
851	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	$ 34.995
852	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 41.443
853	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 62.144
854	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 41.879
855	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 57.318
856	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 8.793

857	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 4.219
858	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 16.441
859	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 44.551
860	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS (ACETILCOLINESTERASA)	$ 16.284
861	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 17.797
862	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.617
863	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 45.226
864	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	$ 33.597
865	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	$ 29.071
866	903425	FRUCTOSAMINA	$ 11.410
867	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 10.766
868	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.580
869	906430	SSB (La) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.813
870	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 42.213
871	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.726
872	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 45.662
873	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 14.525
874	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES) SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 26.331
875	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 35.329
876	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 41.443
877	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 33.595
878	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 18.642
879	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	$ 16.713
880	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$ 124.301
881	523101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	$ 1.860.775
882	524001	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREATICO VÍA ABIERTA	$ 3.181.316
883	525001	PANCREATECTOMÍA CENTRAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
884	525203	PANCREATECTOMÍA DISTAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
885	525301	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
886	526101	PANCREATECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
887	527101	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
888	529503	FISTULECTOMÍA DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	$ 2.147.773
889	529505	SUTURA SIMPLE DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	$ 1.778.197
890	529606	ANASTOMOSIS PANCREATOENTÉRICA VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
891	529608	PANCREATOYEYUNOSTOMÍA TÉRMINO LATERAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
892	901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 21.580
893	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 36.419
894	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 10.797
895	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.039
896	906119	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	$ 22.739
897	901502	Clostridium TOXINA	$ 224.250
898	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 4.684
899	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 4.219
900	906436	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 44.615
901	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 40.386
902	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 29.231
903	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 13.462
904	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	$ 44.571
905	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53.992
906	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.188
907	906454	SSA (Ro) ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.813
908	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.518
909	906831	INMUNOGLOBULINA M (Ig M) SEMIAUTOMATIZADO	$ 18.520
910	906833	INMUNOGLOBULINA D (Ig D) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 23.905
911	906834	INMUNOGLOBULINA E (Ig E) ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.930
912	906836	INMUNOGLOBULINA E (Ig E) AUTOMATIZADO	$ 25.264
913	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.580
914	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% (CH 50) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 29.037

915	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 18.920
916	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 369.051
917	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 369.051
918	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES (RIPA)	$ 10.647
919	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	$ 76.526
920	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$ 42.250
921	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 44.551
922	902010	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA	$ 39.873
923	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN (PROTROMBINA)	$ 28.569
924	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN (CHRISTMAS O PTC)	$ 18.963
925	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN (LÁBIL O PROACELERINA)	$ 18.963
926	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN (ESTABLE O PROCONVERTINA)	$ 18.963
927	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$ 18.963
928	902020	FACTOR X (STUART PROWER)	$ 18.963
929	902021	FACTOR XI (PTA)	$ 18.963
930	902022	FACTOR XII (FACTOR DE HAGEMAN)	$ 18.963
931	902023	FACTOR XIII (FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO)	$ 18.963
932	906456	5m ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.789
933	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 28.850
934	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 39.813
935	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 11.058
936	906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 219.906
937	906504	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 44.571
938	906506	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 209.225
939	906509	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA	$ 237.744
940	906601	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 18.649
941	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 20.244
942	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 19.231
943	911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA	$ 17.157
944	911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO	$ 17.157
945	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO (PAI 1)	$ 48.539
946	902029	PLASMINÓGENO	$ 19.951
947	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	$ 14.641
948	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$ 60.671
949	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$ 60.671
950	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 8.282
951	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 11.311
952	902101	CÉLULAS L.E.	$ 17.875
953	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 40.386
954	902106	ERITROPOYETINA	$ 66.625
955	906613	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR AUTOMATIZADO	$ 80.234
956	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 28.771
957	903431	LIPOPROTEÍNA A	$ 28.771
958	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 17.763
959	903434	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA	$ 32.261
960	903435	SEROTONINA-5 HIDROXI-TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 32.261
961	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$ 28.049
962	911016	HEMOCLASIFICACION SISTEMA Rh (ANTÍGENO Rh D) EN TUBO	$ 5.220
963	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA (HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR) EN TUBO	$ 5.726
964	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA (HEMOCLASIFICACIÓN SERICA) EN TUBO	$ 17.205
965	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$ 8.046
966	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO (SUBGRUPOS) EN TUBO	$ 4.901
967	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	$ 65.000
968	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 44.088
969	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 26.325
970	907002	COPROLOGICO	$ 4.062
971	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES (SUDÁN III)	$ 8.098

972	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	$ 11.118
973	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 3.606
974	907106	UROANÁLISIS	$ 9.090
975	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$ 17.675
976	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 21.130
977	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 85.371
978	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 7.313
979	903604	CALCIO IÓNICO	$ 44.571
980	903605	IONOGRAMA (CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO)	$ 14.678
981	903608	ZINC	$ 23.373
982	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 23.373
983	903701	VITAMINA A (RETINOL)	$ 62.144
984	903702	VITAMINA B1 (TIAMINA)	$ 62.144
985	903704	VITAMINA B2 (RIBOFLAVINA)	$ 62.144
986	903705	VITAMINA B6 (PIRIDOXINA)	$ 62.144
987	903708	VITAMINA E (TOCOFEROL)	$ 62.144
988	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.097
989	903808	BALANCE NITROGENADO (ÍNDICE CATABÓLICO)	$ 14.859
990	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) AUTOMATIZADO	$ 9.750
991	903822	CREATINA	$ 7.048
992	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$ 3.797
993	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	$ 18.002
994	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI (D2-D3) (CALCIFIDOL)	$ 62.144
995	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 4.519
996	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.560
997	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 4.062
998	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 8.445
999	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 6.850
1000	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.512
1001	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	$ 17.222
1002	903813	CLORO	$ 3.913
1003	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 3.756
1004	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 7.518
1005	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 6.019
1006	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 4.932
1007	903821	CREATIN QUINASA TOTAL (CK-CPK)	$ 10.170
1008	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$ 9.631
1009	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.260
1010	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	$ 158.362
1011	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 47.000
1012	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	$ 348.651
1013	911302	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO	$ 1.602.233
1014	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 22.942
1015	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 42.333
1016	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 22.942
1017	912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 41.333
1018	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 41.333
1019	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.875
1020	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.571
1021	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 13.151
1022	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	$ 33.052
1023	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 40.863
1024	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22.637
1025	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.039
1026	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 28.716
1027	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42.250
1028	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 3.797
1029	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$ 83.458
1030	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$ 5.358
1031	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$ 21.450
1032	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	$ 51.231
1033	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 4.260
1034	903847	LIPASA	$ 9.386

1035	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.170
1036	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38.709
1037	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.764
1038	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 5.187
1039	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 5.317
1040	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 12.901
1041	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 10.725
1042	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 10.090
1043	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 5.525
1044	903846	HIERRO TOTAL	$ 13.813
1045	903849	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$ 24.443
1046	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 36.407
1047	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$ 21.818
1048	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$ 28.049
1049	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 10.170
1050	903856	NITRÓGENO UREICO	$ 4.996
1051	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.996
1052	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 11.050
1053	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	$ 17.763
1054	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 38.635
1055	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 38.635
1056	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 14.948
1057	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 13.755
1058	905725	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 97.285
1059	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 85.046
1060	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.039
1061	906217	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54.039
1062	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.349
1063	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.561
1064	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.037
1065	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.656
1066	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.459
1067	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.839
1068	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.571
1069	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.000
1070	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 10.940
1071	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS (ALBUMINA-GLOBULINA)	$ 8.575
1072	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4.219
1073	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 4.219
1074	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 7.791
1075	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA (ALANINO AMINO TRANSFERASA)	$ 6.176
1076	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA)	$ 6.176
1077	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTRÓPICA)	$ 35.750
1078	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 16.575
1079	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 37.408
1080	904920	TIROGLOBULINA	$ 39.000
1081	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 30.135
1082	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 37.375
1083	906025	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.879
1084	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 40.863
1085	860209	Trypanosoma cruzi PRUEBA (DE MACHADO GUERREIRO)	$ 63.886
1086	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 34.364

1087	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 22.371
1088	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 22.371
1089	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 62.144
1090	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 11.390
1091	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 33.846
1092	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 35.385
1093	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.454
1094	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19.365
1095	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.155
1096	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 171.156
1097	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$ 13.489
1098	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 41.470
1099	902115	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 7.048
1100	902116	HIERRO MEDULAR	$ 18.799
1101	902119	PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN PLAQUETARIA	$ 41.879
1102	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$ 6.308
1103	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.000
1104	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.571
1105	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 45.580
1106	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.037
1107	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A (Ro) SS-B (La) RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.792
1108	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES (C ANCA O P ANCA) AUTOMATIZADO	$ 76.172
1109	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 36.256
1110	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$ 21.158
1111	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 26.038
1112	906827	INMUNOGLOBULINA A (Ig A) AUTOMATIZADO	$ 35.619
1113	906829	INMUNOGLOBULINA G (Ig G) AUTOMATIZADO	$ 29.250
1114	906832	INMUNOGLOBULINA M (Ig M) AUTOMATIZADO	$ 29.250
1115	906901	AGLUTININAS AL FRÍO	$ 6.319
1116	901103	COLORACIÓN ALBERT (LOEFFLER) Y LECTURA	$ 3.906
1117	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 6.523
1118	901201	Actinomyces CULTIVO	$ 40.487
1119	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$ 41.879
1120	901203	Brucella CULTIVO	$ 41.879
1121	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 41.563
1122	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$ 16.959
1123	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 58.731
1124	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA	$ 48.539
1125	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	$ 6.308
1126	902211	HEMATOCRITO	$ 1.943
1127	902213	HEMOGLOBINA	$ 2.699
1128	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$ 3.034
1129	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 3.654
1130	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$ 4.395
1131	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 3.913
1132	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 43.781
1133	902226	PRUEBA DE SUCROSA EN ERITROCITOS [TEST DE HARTMAN]	$ 44.027
1134	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 9.979
1135	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$ 43.058
1136	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 10.422
1137	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO-QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 10.422
1138	903006	CAROTENOS	$ 11.301
1139	904001	ANGIOTENSINA II	$ 51.210
1140	904004	RENINA TOTAL	$ 77.900
1141	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$ 27.878

1142	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 101.455
1143	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTRÓPICA) PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	$ 45.539
1144	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO (SOMATOTRÓPICA) PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 45.539
1145	860207	Leishmania PRUEBA (DE MONTENEGRO)	$ 21.392
1146	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	$ 43.875
1147	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 60.665
1148	902011	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	$ 39.873
1149	902024	FIBRINÓGENO	$ 26.000
1150	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$ 60.671
1151	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 53.494
1152	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA (TP)	$ 10.245
1153	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	$ 12.675
1154	902105	DIMERO D MANUAL	$ 23.537
1155	902121	PRUEBA DE CICLAJE (CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS)	$ 4.655
1156	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 4.744
1157	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 13.000
1158	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 8.711
1159	902218	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 3.156
1160	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 36.419
1161	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 48.539
1162	901220	Helicobacter pylori CULTIVO	$ 41.879
1163	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 44.088
1164	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 25.506
1165	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 31.103
1166	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 31.103
1167	905735	METADONA MANUAL	$ 16.086
1168	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA (EPINEFRINA) Y NORADRENALINA (NOREPINEFRINA)) EN ORINA DE 24 H	$ 62.144
1169	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA (EPINEFRINA) Y NORADRENALINA (NOREPINEFRINA)) EN PLASMA	$ 62.144
1170	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 78.012
1171	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 33.597
1172	903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 11.438
1173	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 31.948
1174	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO	$ 34.408
1175	903016	FERRITINA	$ 22.010
1176	903105	ÁCIDO FÓLICO (FOLATOS) EN SUERO	$ 31.607
1177	903703	VITAMINA B12 (CIANOCOBALAMINA)	$ 37.375
1178	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL (D2-D3) (CALCIFEROL)	$ 62.144
1179	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	$ 28.438
1180	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 28.438
1181	904108	PROLACTINA	$ 27.625
1182	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 27.625
1183	904503	ESTRADIOL	$ 31.688
1184	904510	PROGESTERONA	$ 32.500
1185	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 63.375
1186	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 152.453
1187	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 31.688
1188	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 29.037
1189	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 29.037
1190	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO (EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4) CADA MUESTRA	$ 37.408
1191	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 21.125
1192	904921	TIROXINA LIBRE	$ 21.723
1193	904922	TIROXINA TOTAL	$ 21.125
1194	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 3.208
1195	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 7.995
1196	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	$ 25.188
1197	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	$ 25.188
1198	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.062
1199	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	$ 21.014

1200	905205	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 29.213
1201	905213	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 30.496
1202	905214	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	$ 45.975
1203	905307	CLORPROMAZINA	$ 17.763
1204	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.455
1205	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 19.283
1206	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	$ 24.641
1207	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 60.733
1208	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.938
1209	906306	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.571
1210	906307	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.846
1211	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	$ 24.279
1212	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	$ 39.964
1213	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.681
1214	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 23.830
1215	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 21.125
1216	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29.250
1217	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 33.740
1218	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.052
1219	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 23.175
1220	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 24.048
1221	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.285
1222	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.151
1223	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.349
1224	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.875
1225	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 39.221
1226	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 45.580
1227	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 32.261
1228	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 27.625
1229	905308	FENCICLIDINA	$ 16.018
1230	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 17.450
1231	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 9.543
1232	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 78.894
1233	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 77.900
1234	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 83.023
1235	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.201
1236	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 20.844
1237	905604	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 43.733
1238	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 20.367
1239	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 12.467
1240	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 21.723
1241	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 8.030
1242	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.285
1243	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 10.054
1244	906320	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27.729
1245	906322	Legionella spp ANTÍGENO	$ 55.471
1246	906323	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	$ 23.877
1247	906325	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.640
1248	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.502
1249	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	$ 24.791
1250	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 57.672
1251	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.000
1252	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.220

1253	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.000
1254	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35.349
1255	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 11.058
1256	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36.563
1257	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 34.938
1258	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.875
1259	906606	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.875
1260	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31.688
1261	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 23.945
1262	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 24.765
1263	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	$ 42.717
1264	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	$ 41.637
1265	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 51.170
1266	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	$ 85.785
1267	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 17.013
1268	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 19.665
1269	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	$ 16.713
1270	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 14.669
1271	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 19.665
1272	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 18.825
1273	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 6.571
1274	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43.173
1275	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 11.911
1276	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	$ 8.036
1277	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$ 15.730
1278	906012	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 36.049
1279	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 39.813
1280	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 80.026
1281	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 37.398
1282	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 60.185
1283	901303	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	$ 120.617
1284	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 78.000
1285	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37.375
1286	906419	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 117.126
1287	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 101.530
1288	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.750
1289	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.820
1290	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 95.015
1291	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 26.000
1292	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 14.782
1293	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 10.529
1294	903030	MIOGLOBINA CARDÍACA	$ 56.420
1295	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 100.100
1296	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 84.370
1297	903602	AMONIO	$ 27.789
1298	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 32.500
1299	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.883
1300	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 68.640
1301	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 34.938
1302	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 27.327
1303	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 92.774
1304	905740	OPIÁCEOS MANUAL	$ 35.750
1305	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 47.125
1306	904504	ESTRIOL	$ 61.979

1307	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 15.073
1308	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 9.690
1309	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 16.250
1310	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$ 22.750
1311	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	$ 47.758
1312	908308	ÁCIDO OROTICO	$ 618.154
1313	908310	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO	$ 257.273
1314	908311	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$ 183.636
1315	901312	Listeria SEROTIPIFICACIÓN	$ 85.800
1316	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$ 391.965
1317	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$ 149.901
1318	906015	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 145.077
1319	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68.250
1320	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.500
1321	906021	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.936
1322	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.863
1323	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.863
1324	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 21.608
1325	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 21.608
1326	903035	OSTEOCALCINA	$ 62.144
1327	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 23.537
1328	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 10.442
1329	903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 12.617
1330	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 45.226
1331	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 52.656
1332	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 15.616
1333	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$ 23.877
1334	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.973
1335	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 25.227
1336	903106	ÁCIDO FOLICO EN ERITROCITOS	$ 90.462
1337	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	$ 9.809
1338	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 35.349
1339	904705	INSULINA LIBRE	$ 32.261
1340	904706	PÉPTIDO C	$ 72.641
1341	904708	SOMATOSTATINA	$ 126.510
1342	904801	ALDOSTERONA	$ 37.408
1343	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 37.408
1344	904803	ANDROSTENEDIOL GLUCURONIDO 3 ALFA	$ 49.868
1345	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 16.284
1346	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 48.239
1347	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 12.883
1348	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 32.704
1349	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 37.523
1350	908313	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL	$ 181.818
1351	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 95.428
1352	908317	TIROSINASA TEST CON RAÍZ DE CABELLO	$ 617.181
1353	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 234.336
1354	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 234.065
1355	908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 408.975
1356	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$ 274.414
1357	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 44.442
1358	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44.177
1359	906035	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41.443
1360	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33.441
1361	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 29.250
1362	818101	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 3.114.397
1363	818201	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 1.303.720

1364	819201	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO	$ 512.278
1365	819401	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE TENDÓN DE AQUILES VÍA ABIERTA	$ 1.151.357
1366	828905	REPARACIÓN DE HERNIA FASCIAL VÍA ABIERTA	$ 833.824
1367	511702	BIOPSIA DE VESÍCULA BILIAR O VÍAS BILIARES VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.441.760
1368	512503	RESECCIÓN DE QUISTE DEL COLÉDOCO CON DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA VÍA ABIERTA	$ 6.632.000
1369	512601	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	$ 5.682.056
1370	513201	ANASTOMOSIS DE VESÍCULA BILIAR A INTESTINO VÍA ABIERTA	$ 5.768.095
1371	718101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ SIN INCISIÓN	$ 374.080
1372	222108	ASPIRACIÓN O LAVADO O DRENAJE DE SENO MAXILAR VÍA OROANTRAL	$ 3.997.280
1373	395211	REPARO DE VASOS DE GRAN CALIBRE VÍA ABIERTA	$ 13.258.414
1374	397207	EXPLORACIÓN DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	$ 2.496.931
1375	798302	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN RADIOCUBITAL VÍA ABIERTA	$ 1.997.828
1376	444101	SUTURA DE ÚLCERA GÁSTRICA VÍA ABIERTA	$ 1.263.254
1377	513601	COLEDOCODUODENOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 6.606.616
1378	513701	HEPATICOYEYUNOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.357.110
1379	514001	EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES VÍA ABIERTA	$ 2.014.702
1380	514401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO COLEDOCOHEPÁTICO PARA DESCOMPRESIÓN VÍA ABIERTA	$ 2.040.404
1381	444305	CONTROL DE HEMORRAGIA GÁSTRICA O DUODENAL CON DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.119.347
1382	446101	SUTURA DE DESGARRO O HERIDA DE ESTÓMAGO [GASTRORRAFIA] VÍA ABIERTA	$ 649.916
1383	446201	CIERRE DE GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.196.461
1384	449401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	$ 2.753.547
1385	449501	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE DUODENAL PARA REFLUJO DUODENOGÁSTRICO VÍA ABIERTA	$ 8.507.734
1386	451501	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 1.558.266
1387	613103	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN EN ESCROTO	$ 1.405.949
1388	623002	RESECCIÓN DE TESTÍCULO [ORQUIECTOMÍA]	$ 1.244.935
1389	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.844.707
1390	652201	RESECCIÓN PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 439.192
1391	807705	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO ANTERIOR VÍA ABIERTA	$ 1.744.952
1392	453304	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA ABIERTA	$ 4.965.862
1393	453306	RESECCIÓN INTESTINAL DE DIVERTICULOS VÍA ABIERTA	$ 5.131.987
1394	456001	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 5.886.940
1395	456301	RESECCIÓN TOTAL DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 4.861.685
1396	457001	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA ABIERTA	$ 3.516.384
1397	457202	CECECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.619.846
1398	457301	HEMICOLECTOMÍA DERECHA VÍA ABIERTA	$ 7.523.291
1399	457401	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA ABIERTA	$ 4.547.544
1400	457501	HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA VÍA ABIERTA	$ 8.031.398
1401	457601	SIGMOIDECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 4.850.000
1402	458101	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 3.649.995
1403	458301	COLECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 3.649.995
1404	657001	OFOROPLASTIA POR LAPAROTOMÍA	$ 341.059
1405	659102	ASPIRACIÓN FOLICULAR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.810.576
1406	666101	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROTOMÍA	$ 537.910
1407	667401	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) POR LAPAROTOMÍA	$ 2.342.716
1408	669101	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.662.299
1409	669102	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.690.808
1410	669201	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.275.691
1411	669202	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.774.944
1412	380307	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 3.815.794
1413	380803	TROMBOEMBOLECTOMÍA DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 2.653.021
1414	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$ 702.000
1415	459201	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VÍA ABIERTA	$ 4.668.047
1416	831205	TENOTOMÍA DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 1.094.917
1417	831311	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 1.094.917

1418	834203	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EXCEPTO MANO	$ 1.094.917
1419	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDÓN O FASCIA O APONEUROSIS VÍA ABIERTA	$ 1.319.294
1420	836302	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.529.058
1421	841101	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	$ 1.321.129
1422	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 620.930
1423	852201	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA	$ 2.500.000
1424	852601	ESCISIÓN DE PEZÓN	$ 1.232.181
1425	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN UNILATERAL	$ 5.114.716
1426	853401	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA UNILATERAL	$ 5.152.664
1427	853402	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA BILATERAL	$ 9.234.000
1428	670101	DILATACIÓN Y CURETAJE DEL MUÑÓN CERVICAL	$ 132.172
1429	673102	RESECCIÓN DE LESIÓN CUELLO UTERINO	$ 315.638
1430	673201	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO	$ 41.599
1431	770601	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ROTULA VÍA ABIERTA	$ 1.418.709
1432	772102	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA	$ 1.555.903
1433	772203	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.294.583
1434	772304	OSTEOTOMIA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.213.143
1435	397307	EXPLORACIÓN DE VASOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 470.396
1436	397501	EXPLORACIÓN DE VASOS TORÁCICOS POR ESTERNOTOMÍA	$ 1.192.984
1437	397803	EXPLORACIÓN DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 2.863.878
1438	854001	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 2.285.136
1439	854002	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA	$ 2.106.332
1440	854101	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL	$ 1.188.055
1441	854201	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL	$ 3.086.741
1442	854401	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 3.383.980
1443	854601	MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 4.024.005
1444	854801	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 3.953.553
1445	857102	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 9.940.464
1446	857201	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO	$ 4.108.000
1447	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA	$ 465.135
1448	859401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL	$ 1.454.947
1449	348001	BIOPSIA DE DIAFRAGMA VÍA ABIERTA	$ 1.106.318
1450	772306	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.322.402
1451	772506	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR MÚLTIPLE CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	$ 2.660.824
1452	772507	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR PROXIMAL (CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.496.192
1453	772509	OSTEOTOMÍA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.496.192
1454	772511	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.496.192
1455	772512	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDÍLEA) CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.496.192
1456	772513	OSTEOTOMÍA CON DESCENSO DEL TROCÁNTER MAYOR CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.660.824
1457	772601	OSTEOTOMÍA EN ROTULA CON FIJACIÓN	$ 1.178.136
1458	772704	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.093.069
1459	772710	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.057.147
1460	772713	OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE TIBIA O PERONÉ	$ 2.151.530
1461	772804	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.151.530
1462	772806	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.294.583
1463	397903	EXPLORACIÓN DE VENAS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 783.569
1464	399902	RETIRO DE CATÉTER INTRARTERIAL O INTRAVENOSO PERMANENTE	$ 1.399.929
1465	402101	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO CERVICAL PROFUNDO	$ 1.039.600
1466	404001	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VÍA ABIERTA	$ 3.974.840
1467	404003	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 3.746.128
1468	404401	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE CUELLO VÍA ABIERTA	$ 4.098.680
1469	405101	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO AXILAR VÍA ABIERTA	$ 3.062.658
1470	405305	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.626.647
1471	405306	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOILÍACO BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 5.419.811
1472	405404	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 4.848.768

1473	405406	LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA VÍA ABIERTA	$ 5.093.980
1474	405409	LINFADENECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.626.647
1475	405502	RESECCIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFÁTICOS RETROPERITONEALES VÍA ABIERTA	$ 6.302.315
1476	868310	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN	$ 6.820.302
1477	868312	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN	$ 3.488.612
1478	772903	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE MANO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.144.637
1479	772905	OSTEOTOMÍA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.151.530
1480	772906	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.151.530
1481	772909	OSTEOTOMÍA DE PELVIS VÍA ABIERTA	$ 2.716.003
1482	44209	DESCOMPRESIÓN DE OTRO NERVIO CRANEAL	$ 3.383.177
1483	414301	ESPLENECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 1.146.712
1484	414501	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO VÍA ABIERTA	$ 834.750
1485	415102	ESPLENECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 4.461.461
1486	415103	ESPLENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.609.539
1487	422001	ESOFAGOSCOPIA OPERATORIA POR INCISIÓN	$ 941.786
1488	422602	BIOPSIA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.074.694
1489	182501	TOMA DE INJERTO CONDRAL DE PABELLÓN AURICULAR	$ 987.061
1490	187107	RECONSTRUCCIÓN DE PABELLÓN AURICULAR	$ 910.456
1491	200102	TIMPANOTOMÍA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPÁNICA	$ 1.456.730
1492	772907	OSTEOTOMÍA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) SIN FIJACIÓN	$ 2.103.401
1493	772908	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO SIN FIJACIÓN	$ 2.151.530
1494	674101	ESCISIÓN DE MUÑÓN CERVICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.412.723
1495	680101	HISTEROTOMÍA	$ 532.562
1496	681101	BIOPSIA DE ÚTERO POR LAPAROTOMÍA	$ 243.941
1497	681102	BIOPSIA DE ÚTERO POR LAPAROSCOPIA	$ 400.818
1498	681105	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	$ 422.600
1499	681201	HISTEROSCOPIA	$ 1.095.097
1500	682101	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES DEL ÚTERO	$ 611.469
1501	683101	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 2.238.828
1502	684003	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.565.703
1503	772305	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.213.143
1504	772508	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR PROXIMAL (CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA) CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.660.824
1505	807801	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 1.744.952
1506	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VÍA ABIERTA	$ 622.014
1507	808101	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 823.962
1508	810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 7.364.715
1509	204201	MASTOIDECTOMÍA SIN PRESERVACIÓN DE LA PARED POSTERIOR	$ 1.456.730
1510	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 6.147.290
1511	459504	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VÍA ABIERTA	$ 10.285.433
1512	460103	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 3.428.718
1513	461301	COLOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.512.606
1514	461302	COLOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.129.685
1515	465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.635.492
1516	465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.817.983
1517	467001	ENTERORRAFIA VÍA ABIERTA	$ 834.750
1518	467201	CIERRE DE FÍSTULA DE DUODENO VÍA ABIERTA	$ 929.887
1519	684103	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.524.439
1520	685102	HISTERECTOMÍA POR VÍA VAGINAL	$ 1.390.125
1521	686102	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROTOMÍA	$ 1.447.503
1522	687001	HISTERECTOMÍA RADICAL POR VÍA VAGINAL	$ 1.670.299
1523	688301	EXENTERACIÓN POSTERIOR: ÚTERO Y RECTO	$ 3.930.000
1524	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO	$ 649.264
1525	692201	HISTEROPEXIA POR LAPAROTOMÍA	$ 537.910
1526	697101	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO ANTICONCEPTIVO (DIU)	$ 231.310
1527	698001	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROTOMÍA	$ 402.360

1528	772510	OSTEOTOMÍA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1.495.656
1529	772705	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.093.069
1530	772706	OSTEOTOMÍA DE DIÁFISIS DE TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.093.069
1531	810514	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 7.899.796
1532	810821	ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR TECNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 7.163.859
1533	467401	CIERRE DE FÍSTULA DE INTESTINO DELGADO, SALVO DUODENO VÍA ABIERTA	$ 2.590.666
1534	467701	CIERRE DE FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA VÍA ABIERTA	$ 3.561.402
1535	469401	REINTERVENCIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL VÍA ABIERTA	$ 5.777.138
1536	482101	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA TRANSABDOMINAL	$ 475.846
1537	483101	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO RECTAL O ANAL	$ 973.268
1538	485001	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VÍA ABIERTA	$ 2.860.507
1539	485401	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VÍA ABIERTA	$ 5.312.513
1540	486701	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VÍA ABIERTA	$ 4.903.911
1541	487101	SUTURA DE LACERACIÓN DE RECTO [PROCTORRAFIA] VÍA ABIERTA	$ 1.193.255
1542	701204	COLPOTOMÍA	$ 336.483
1543	702203	COLPOSCOPIA	$ 134.495
1544	702401	BIOPSIA DE VAGINA	$ 132.269
1545	703301	RESECCIÓN DEL TABIQUE VAGINAL	$ 428.923
1546	703302	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO VAGINAL	$ 344.148
1547	704001	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA TOTAL	$ 741.447
1548	385107	CIERRE, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS INTRACRANEALES VÍA ABIERTA	$ 3.831.763
1549	772709	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.093.069
1550	772711	OSTEOTOMÍA DIAFISIARIA DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.057.147
1551	772712	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.057.147
1552	772714	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL SIN FIJACIÓN	$ 2.057.147
1553	772716	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL SIN FIJACIÓN	$ 1.848.181
1554	772717	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ PROXIMAL SIN FIJACIÓN	$ 2.057.147
1555	772718	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ DISTAL SIN FIJACIÓN	$ 2.057.147
1556	488103	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIRRECTAL, RETRORECTAL O PÉLVICA VÍA ABIERTA	$ 1.300.757
1557	488201	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PERIRRECTAL (RETRORECTAL) VÍA PERINEAL O TRANSACRA	$ 4.218.884
1558	489001	PERINEOPLASTIA O COLGAJO MAYOR (PIEL MÚSCULO) VÍA ABIERTA	$ 979.275
1559	490201	DRENAJE DE COLECCION PERIANAL VÍA ABIERTA	$ 1.094.662
1560	490401	ESCISION DE LESION O TEJIDO PERIANAL VÍA ABIERTA	$ 1.190.897
1561	494001	LIGADURA DE HEMORROIDES	$ 662.693
1562	772912	OSTEOTOMÍAS PERIACETABULARES (MÚLTIPLES CORTES) VÍA ABIERTA	$ 2.716.003
1563	864201	RESECCION DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO	$ 734.703
1564	777001	TOMA DE INJERTOS ÓSEOS	$ 1.029.228
1565	992506	ADMINISTRACIÓN (INFUSIÓN O PERFUSIÓN) DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA INTRARTERIAL (REGIONAL)	$ 614.669
1566	992801	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADOR DE RESPUESTA BIOLÓGICA	$ 154.161
1567	212101	BIOPSIA NASAL VÍA ABIERTA	$ 197.767
1568	30208	EXPLORACIÓN Y DESCOMPRESIÓN DEL CANAL RAQUÍDEO Y RAÍCES ESPINALES HASTA DOS SEGMENTOS POR LAMINECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.153.942
1569	779965	VERTEBRECTOMÍA TOTAL DE COLUMNA SACRA VÍA ANTERIOR UN SEGMENTO	$ 8.598.200
1570	780201	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO	$ 1.337.237
1571	780501	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR	$ 1.574.889
1572	780701	INJERTO ÓSEO EN TIBIA O PERONÉ	$ 1.294.434
1573	790302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO	$ 1.086.922
1574	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	$ 1.476.236
1575	790801	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO	$ 941.449
1576	791601	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	$ 1.176.989

1577	793707	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.188.275
1578	423104	DIVERTICULECTOMÍA DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.406.199
1579	423204	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO CERVICAL VÍA ABIERTA	$ 5.477.215
1580	423205	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA ABIERTA	$ 5.502.031
1581	423207	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO ABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 4.184.891
1582	423308	RESECCIÓN DE LESION MUCOSA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.958.361
1583	424101	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 5.420.099
1584	424102	ESOFAGECTOMÍA PARCIAL VÍA TORACOSCÓPICA	$ 8.921.602
1585	424201	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 7.385.066
1586	425101	ESOFAGOESOFAGOSTOMÍA INTRATORÁCICA O CERVICAL VÍA ABIERTA	$ 5.119.268
1587	425301	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 7.123.656
1588	204003	MASTOIDECTOMÍA CON EPITIMPANECTOMÍA O TIMPANOTOMÍA POSTERIOR	$ 1.456.730
1589	793708	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.294.583
1590	793709	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.294.583
1591	793710	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 2.341.245
1592	793711	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.188.275
1593	64101	TIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 4.402.000
1594	425503	RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DE COLON VÍA ABIERTA	$ 5.276.048
1595	429209	DILATACIÓN ESOFÁGICA CON DISPOSITIVO	$ 3.014.543
1596	429301	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.069.208
1597	431001	GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.609.052
1598	434201	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR SUBMUCOSO GÁSTRICO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.289.920
1599	437101	GASTROYEYUNOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 6.239.727
1600	438101	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL VÍA ABIERTA	$ 8.362.373
1601	439001	GASTRECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 8.448.067
1602	439201	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VÍA ABIERTA	$ 3.554.356
1603	494701	EVACUACIÓN EN HEMORROIDES TROMBOSADAS	$ 2.218.345
1604	495001	ESFINTEROTOMÍA ANAL VÍA ABIERTA	$ 649.034
1605	497101	SUTURA DE LACERACIÓN O DESGARRO DE ANO	$ 1.355.086
1606	501001	BIOPSIA ABIERTA DE HÍGADO	$ 1.389.045
1607	370101	PERICARDIOCENTESIS	$ 2.951.902
1608	704002	VAGINECTOMÍA O COLPECTOMÍA PARCIAL	$ 550.162
1609	706001	RECONSTRUCCIÓN DE VAGINA	$ 1.192.891
1610	707301	CORRECCIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL O PERINEAL	$ 1.574.622
1611	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	$ 412.500
1612	441501	BIOPSIA DE ESTÓMAGO VÍA ABIERTA	$ 2.093.123
1613	442201	DILATACIÓN DE PÍLORO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.419.451
1614	442401	PILOROPLASTIA VÍA ABIERTA	$ 3.182.746
1615	811202	ARTRODESIS SUBTALAR VÍA ABIERTA	$ 2.262.640
1616	811205	ARTRODESIS CALCÁNEOCUBOIDEA VÍA ABIERTA	$ 2.262.640
1617	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VÍA ABIERTA	$ 2.262.640
1618	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VÍA ABIERTA	$ 2.262.640
1619	811212	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 2.056.755
1620	811213	REVISIÓN DE ARTRODESIS DE MEDIOPIE O RETROPIE (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 2.353.637
1621	812402	ARTRODESIS DE CODO	$ 1.063.980
1622	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO	$ 1.863.662
1623	501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HÍGADO	$ 2.579.888
1624	502206	RESECCIÓN EN CUÑA DE HÍGADO VÍA ABIERTA	$ 4.341.076
1625	502210	HEPATECTOMÍA DE DOS SEGMENTOS VÍA ABIERTA	$ 5.414.594
1626	502405	ENUCLEACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA ABIERTA	$ 2.904.714
1627	506103	HEPATORRAFIA SIMPLE VÍA ABIERTA	$ 2.633.219
1628	509101	ASPIRACIÓN DE HÍGADO VÍA PERCUTÁNEA	$ 435.463
1629	510001	COLECISTOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 749.459
1630	510002	COLECISTOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 952.977

1631	510301	DRENAJE BILIAR VÍA PERCUTÁNEA Y COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	$ 2.569.381
1632	709203	REPARACIÓN DE ENTEROCELE VÍA VAGINAL	$ 356.719
1633	710101	LISIS DE ADHERENCIAS EN LA VULVA	$ 195.221
1634	711301	BIOPSIA EN PERINÉ	$ 594.239
1635	712002	INCISIÓN Y DRENAJE DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLIN	$ 132.172
1636	713101	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE GLÁNDULA DE SKENE	$ 419.764
1637	713401	RESECCIÓN DE ENDOMETRIOMA EN PERINÉ	$ 203.549
1638	713501	RESECCIÓN DE GRANULOMA VULVO-PERINEAL	$ 143.299
1639	714001	RESECCIÓN TOTAL DE CLÍTORIS	$ 285.277
1640	715001	VULVECTOMÍA SUPERFICIAL UNILATERAL	$ 552.859
1641	715002	VULVECTOMÍA SUPERFICIAL BILATERAL	$ 1.662.605
1642	715007	VULVECTOMÍA RADICAL	$ 2.158.648
1643	812912	ARTRODESIS SACROILIACA SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 2.678.315
1644	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PRÓTESIS	$ 2.409.738
1645	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL TARSO	$ 2.679.668
1646	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA	$ 1.268.388
1647	814908	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO O DISPOSTIVO VÍA ABIERTA	$ 2.285.161
1648	815103	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	$ 6.822.064
1649	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	$ 4.583.715
1650	815404	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA	$ 5.033.091
1651	815506	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCIÓN DE LOS TRES COMPONENTES (FEMORAL, TIBIAL Y PATELAR)	$ 2.869.667
1652	815601	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 4.975.944
1653	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ABIERTA	$ 1.724.536
1654	815304	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCCION DE COMPONENTE FEMORAL	$ 1.902.020
1655	815406	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL EN ARTRODESIS DE RODILLA	$ 5.224.005
1656	454206	DISECCIÓN DE LA SUBMUCOSA EN COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.966.500
1657	501004	BIOPSIA POR VÍA ENDOVASCULAR (TRANSYUGULAR) DE HÍGADO	$ 2.645.128
1658	852202	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES	$ 2.500.000
1659	776602	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RÓTULA	$ 5.520.982
1660	544105	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.448.506
1661	547103	CORRECCION TOTAL DE GASTROSQUISIS CON SEPARACIÓN DE COMPONENTES DE PARED ABDOMINAL	$ 5.893.788
1662	547701	CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL CON O SIN DISPOSITIVO VÍA ABIERTA	$ 1.178.363
1663	547703	SUSTITUCIÓN O CAMBIO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 1.091.779
1664	554003	NEFRECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 9.405.761
1665	524003	DRENAJE DE QUISTE O SEUDOQUISTE PANCREÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.477.760
1666	524402	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.803.800
1667	553104	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.603.173
1668	849701	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE: OSTEOTOMÍAS O FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) EN HÚMERO, CÚBITO O RADIO; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMÍAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO	$ 11.842.510
1669	853001	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL	$ 4.089.875
1670	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 5.843
1671	554111	HEMINEFRECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 6.567.287
1672	555202	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO POR LAPAROTOMÍA	$ 6.553.151
1673	555203	NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN RESIDUAL O ÚNICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.712.386
1674	555608	RESECCIÓN DE RIÑÓN UNILATERAL TOTAL (NEFRECTOMÍA SIMPLE) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.594.990
1675	555721	NEFRECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 10.346.922
1676	558604	ANASTOMOSIS PIELO-URETERO-VESICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 892.106
1677	563102	URETEROSCOPIA RETRÓGRADA DIAGNÓSTICA	$ 1.168.133
1678	295607	ZPLASTIA FARINGEA LATERAL	$ 7.280.859
1679	862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA	$ 843.432
1680	862602	SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA	$ 299.379
1681	868311	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPECTOMÍA	$ 6.820.302

1682	868313	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS. POR LIPECTOMÍA	$ 5.568.356
1683	854102	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA	$ 1.205.822
1684	854103	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN	$ 1.205.822
1685	854202	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA	$ 1.486.514
1686	854203	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN	$ 1.486.514
1687	857202	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO	$ 5.497.000
1688	857203	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 4.466.748
1689	857204	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 5.497.000
1690	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS	$ 1.322.299
1691	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL	$ 1.278.258
1692	313301	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.771.052
1693	315105	RECANALIZACIÓN DE TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.070.067
1694	341107	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE MEDIASTINO	$ 1.088.071
1695	341205	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR BRONCOSCOPIA	$ 3.755.646
1696	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.642.042
1697	867108	COLGAJO COMPUESTO CON TÉCNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)	$ 3.803.800
1698	592204	CISTOLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.171.681
1699	598002	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.255.644
1700	621910	EXPLORACIÓN ABDOMINAL DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO VÍA ABIERTA	$ 1.338.906
1701	313401	RETIRO DE DISPOSITIVO EN TRÁQUEA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.610.755
1702	320003	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO EN BRONQUIO CON BRONCOPLASTIA POR TORACOSCOPIA	$ 6.107.571
1703	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 17.528
1704	573102	CISTOSCOPIA A TRAVÉS DE ESTOMA CONGÉNITO	$ 767.178
1705	573401	BIOPSIA ÚNICA DE VEJIGA VÍA ABIERTA	$ 694.685
1706	340703	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO EN PARED TORÁCICA POR TORACOSCOPIA	$ 5.010.855
1707	340904	RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORACICA CON DISPOSITIVO	$ 8.040.215
1708	341106	EXPLORACIÓN Y DRENAJE DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 8.187.290
1709	341204	BIOPSIA DE ÓRGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 4.172.277
1710	345501	RESECCIÓN DE TUMOR DE PLEURA VÍA ABIERTA	$ 8.137.911
1711	345502	RESECCIÓN DE TUMOR DE PLEURA POR TORACOSCOPIA	$ 7.987.600
1712	345504	LISIS DE ADHERENCIAS PLEURALES POR TORACOSCOPIA	$ 2.470.000
1713	345601	COLOCACIÓN DE CATÉTER PLEURAL PERMANENTE	$ 2.905.593
1714	592103	URETEROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.209.407
1715	487607	PROCTOSIGMOIDOPEXIA VÍA ABIERTA	$ 621.253
1716	575204	ENDOMETRECTOMÍA DE VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.446.000
1717	577302	EXTIRPACIÓN TOTAL DE VEJIGA URINARIA [CISTECTOMÍA] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.501.906
1718	577306	EXENTERACIÓN PÉLVICA MASCULINA (CON RECTO) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.046.320
1719	577314	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL MÁS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE ORTOTÓPICA) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.650.000
1720	577316	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL MÁS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTÓTOPICA) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.491.475
1721	605112	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR ABLACIÓN	$ 5.711.134
1722	577308	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, PRÓSTATA, VESÍCULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMÍA] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.606.688
1723	578304	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL O RECTO-VESICO-VAGINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.127.383
1724	401001	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA CON TINCIÓN	$ 1.020.636
1725	405202	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO VÍA TORACOSCÓPICA	$ 7.622.695
1726	502208	HEPATECTOMÍA DE UN SEGMENTO VÍA ABIERTA	$ 5.167.893
1727	502211	HEPATECTOMÍA DE DOS SEGMENTOS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.845.000
1728	502213	HEPATECTOMÍA TRISEGMENTARIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.985.708

1729	590311	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA	$ 2.828.488
1730	601104	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR SATURACIÓN ABORDAJE PERINEAL	$ 1.446.019
1731	652203	RESECCIÓN PARCIAL DE OVARIO VÍA VAGINAL	$ 439.192
1732	657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.815.158
1733	652303	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO VÍA VAGINAL	$ 846.189
1734	655104	OOFORECTOMÍA BILATERAL VÍA VAGINAL	$ 796.199
1735	665003	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR VÍA VAGINAL	$ 796.199
1736	669203	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR VÍA VAGINAL	$ 1.015.097
1737	380401	TROMBOEMBOLECTOMÍA ARTERIAL TORÁCICA	$ 3.351.323
1738	666102	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 931.879
1739	684104	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.796.815
1740	686011	HISTERECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.870.200
1741	389104	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL VÍA ABIERTA	$ 228.368
1742	395101	DENERVACIÓN DE ARTERIAS RENALES VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$ 7.646.766
1743	686110	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.439.722
1744	691204	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.870.200
1745	691205	RESECCIÓN DE LESIÓN DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA	$ 931.879
1746	698003	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR HISTEROSCOPIA	$ 869.888
1747	449701	DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA	$ 6.766.586
1748	451303	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE DISPOSTIVO DUODENAL	$ 3.570.077
1749	454301	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.756.403
1750	511707	BIOPSIA DE VÍA BILIAR POR COLEDOCOSCOPIA	$ 18.868.083
1751	431003	GASTROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.375.404
1752	525002	PANCREATECTOMÍA CENTRAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.483.070
1753	550120	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.425.486
1754	401002	BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA CON RADIOMARCACIÓN	$ 1.771.822
1755	405201	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO VÍA ABIERTA	$ 6.483.756
1756	423206	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO TORÁCICO VÍA TORACOSCÓPICA	$ 8.060.331
1757	718102	EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE VULVA O PERINÉ CON INCISIÓN	$ 135.524
1758	775404	REVISIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 1.064.801
1759	558730	PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	$ 7.599.006
1760	592008	PIELOLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGADA	$ 2.803.624
1761	669103	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR VÍA VAGINAL	$ 1.301.417
1762	442202	DILATACIÓN DE ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.074.420
1763	449901	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA VÍA ABIERTA	$ 9.889.950
1764	791704	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DE LA TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.294.583
1765	902052	CRIOFIBRINÓGENO	$ 90.909
1766	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS (UROTC)	$ 413.468
1767	518904	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.260.400
1768	61002	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA PERCUTÁNEA	$ 827.688
1769	458401	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL (HARTMAN) VÍA ABIERTA	$ 4.732.545
1770	819004	VERTEBROPLASTIA	$ 10.214.376
1771	523102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.717.000
1772	523202	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DEL CONDUCTO PANCREÁTICO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.868.437
1773	525102	PANCREATECTOMIA PROXIMAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.503.000
1774	525205	PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN DE BAZO VÍA ABIERTA	$ 5.614.608
1775	525302	PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.503.000
1776	529506	SUTURA SIMPLE DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.597.308
1777	529607	ANASTOMOSIS PANCREATOENTÉRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.269.149
1778	904720	ELASTASA PANCREÁTICA	$ 214.500

1779	537002	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA TORACOSCÓPICA	$ 6.374.698
1780	542803	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPEUTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 187.091
1781	864202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTÍMETROS	$ 715.253
1782	776967	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN SACRO VÍA ANTERIOR	$ 5.500.854
1783	395216	REPARO DE VASOS DE MEDIANO CALIBRE VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$ 11.258.360
1784	810421	ARTRODESIS DE LA UNIÓN TORACOLUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 8.524.438
1785	457102	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA MUCOSA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.367.985
1786	423208	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR DE ESÓFAGO ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.371.814
1787	424203	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.731.612
1788	425208	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON ASCENSO GÁSTRICO MEDIASTINAL VÍA ABIERTA	$ 9.141.902
1789	437102	GASTROYEYUNOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 9.281.617
1790	438204	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIN VAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.607.376
1791	439302	ESOFAGOGASTRECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.704.676
1792	285104	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE AMÍGDALA LINGUAL, BANDAS FARÍNGEAS LATERALES Y MEMBRANA CONGÉNITA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.213.249
1793	451308	RESECCIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.215.015
1794	810522	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACOLUMBAR TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 4.857.249
1795	567502	TRANSURETERO-URETEROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.165.573
1796	573402	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA VÍA ABIERTA	$ 845.100
1797	577304	CISTECTOMÍA TOTAL CON URETRECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.420.847
1798	577312	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MÁS DERIVACIÓN URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.491.475
1799	580051	URETROTOMÍA INTERNA POR ABLACIÓN	$ 3.529.910
1800	311302	TRAQUEOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 2.413.248
1801	317503	RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL TERMINOTERMINAL	$ 10.440.317
1802	317402	REVISIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 323.608
1803	601502	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.813.685
1804	652202	RESECCIÓN PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.819.310
1805	652305	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.155.412
1806	667402	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) POR LAPAROSCOPIA	$ 2.525.648
1807	451502	BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.472.968
1808	317507	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL TERMINOTERMINAL VÍA ABIERTA	$ 10.054.715
1809	321006	CIERRE DE BRONCOSTOMÍA POR TORACOSCOPIA	$ 7.440.051
1810	321302	BRONCORRAFIA POR TORACOSCOPIA	$ 7.271.347
1811	324106	RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES POR TORACOSCOPIA	$ 9.478.328
1812	324204	BILOBECTOMÍA PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 14.649.269
1813	345102	PLEURECTOMÍA PARIETAL POR TORACOSCOPIA	$ 6.145.148
1814	345202	PLEURODESIS QUÍMICA POR TORACOSCOPIA	$ 5.645.844
1815	348205	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA TRANSTORÁCICA POR TORACOSCOPIA	$ 5.677.312
1816	686001	HISTERECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 2.431.648
1817	540006	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.024.541
1818	540009	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.530.000
1819	540011	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.178.399
1820	540015	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.530.000
1821	542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.105.003
1822	861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 1.103.106
1823	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 47.803
1824	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 178.992
1825	853201	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 3.696.028
1826	859002	EXTRACCIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMÍA EN MAMA)	$ 2.445.300
1827	385207	EMBOLIZACIÓN DE TUMORES VÍA ENDOVASCULAR	$ 8.481.696
1828	317506	RECONSTRUCCIÓN POR RESECCIÓN CRICOTRAQUEAL PARCIAL CON INJERTO (EXTENDIDA)	$ 6.950.392

1829	317508	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL TERMINOTERMINAL POR TORACOSCOPIA	$ 7.884.851
1830	317509	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL CON INJERTO	$ 10.483.725
1831	317510	RECONSTRUCCIÓN TRAQUEAL POR DESLIZAMIENTO	$ 7.452.010
1832	321202	BRONCOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.606.688
1833	321601	RETIRO DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.327.100
1834	324102	LOBECTOMÍA SEGMENTARIA POR TORACOSCOPIA	$ 8.809.089
1835	456101	RESECCIÓN SEGMENTARIA MÚLTIPLE DE INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 7.883.499
1836	456205	YEYUNECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.908.939
1837	459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.420.468
1838	459505	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.343.302
1839	405405	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.626.647
1840	405411	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VÍA ABIERTA	$ 5.743.281
1841	405412	LINFADENECTOMÍA RADICAL ABDOMINO INGUINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.409.265
1842	414202	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.807.053
1843	402201	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO MAMARIO INTERNO	$ 1.260.486
1844	402301	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFÁTICO AXILAR VÍA ABIERTA	$ 1.460.609
1845	405407	LINFADENECTOMÍA RADICAL PÉLVICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.484.984
1846	324104	RESECCIÓN EN CUÑA POR TORACOSCOPIA	$ 9.340.880
1847	324202	LOBECTOMÍA TOTAL PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 1.800.000
1848	325202	NEUMONECTOMÍA RADICAL POR TORACOSCOPIA	$ 21.828.179
1849	332704	BIOPSIA DE PULMÓN POR TORACOSCOPIA	$ 3.810.729
1850	340502	BIOPSIA DE LESIÓN DE PARED TORÁCICA VÍA ABIERTA	$ 772.227
1851	342101	TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA	$ 1.885.440
1852	345302	DECORTICACIÓN PULMONAR POR TORACOSCOPIA	$ 9.312.218
1853	467906	REPARACIÓN O CIERRE DE PERFORACIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.424.857
1854	486202	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.644.480
1855	502207	RESECCIÓN EN CUÑA DE HÍGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.169.073
1856	502209	HEPATECTOMÍA DE UN SEGMENTO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.845.000
1857	502214	HEMIHEPATECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 5.414.594
1858	502215	HEMIHEPATECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.534.855
1859	423309	RESECCIÓN DE LESIÓN SUBMUCOSA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 7.813.184
1860	424202	ESOFAGECTOMÍA TOTAL VÍA TORACOSCÓPICA	$ 9.913.085
1861	425203	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 14.600.000
1862	425206	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON ASCENSO GÁSTRICO RETROESTERNAL VÍA ABIERTA	$ 9.849.497
1863	425209	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON ASCENSO GÁSTRICO MEDIASTINAL POR TORACOSCOPIA	$ 9.973.495
1864	502406	ENUCLEACIÓN DE LESIÓN HEPÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 9.990.702
1865	770934	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ABIERTA	$ 2.224.897
1866	218306	RECONSTRUCCIÓN NASAL REMODELACIONES EN VARIOS TIEMPOS	$ 5.489.460
1867	218605	RECONSTRUCCIÓN DE VÁLVULA NASAL	$ 1.336.587
1868	221103	BIOPSIA DE SENO PARANASAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.170.331
1869	404403	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO [FUNCIONAL] DE MEDIASTINO POR CERVICOTOMÍA	$ 3.421.852
1870	457302	HEMICOLECTOMÍA DERECHA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.409.000
1871	457402	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.399.551
1872	457502	HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.459.972
1873	457602	SIGMOIDECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.885.000
1874	458102	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.489.925
1875	522203	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.807.053
1876	864301	CIRUGÍA MICROGRAFICA [DE MOHS] POR CORTE	$ 2.500.000
1877	226208	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA EN SENO MAXILAR VÍA ABIERTA	$ 3.824.393
1878	252002	RESECCIÓN O ABLACIÓN PARCIAL DE LENGUA	$ 1.597.056
1879	458402	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.844.627
1880	822202	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MÚSCULO DE MANO	$ 4.173.949
1881	525101	PANCREATECTOMÍA PROXIMAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
1882	525204	PANCREATECTOMÍA DISTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.679.600
1883	525206	PANCREATECTOMÍA DISTAL CON PRESERVACIÓN DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.503.000

1884	526102	PANCREATECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.503.000
1885	527102	PANCREATICODUODENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.503.000
1886	529504	FISTULECTOMÍA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.118.778
1887	529609	PANCREATOYEYUNOSTOMÍA TÉRMINO LATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.503.000
1888	864203	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS	$ 796.406
1889	436102	GASTRODUODENOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.234.664
1890	438102	GASTRECTOMÍA SUBTOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.858.538
1891	438202	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.607.376
1892	438302	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) CON EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.126.859
1893	544107	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.943.160
1894	547702	RETIRO DE DISPOSITIVO PARA CIERRE TEMPORAL DE PARED ABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 1.606.688
1895	439002	GASTRECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 15.475.975
1896	439003	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA ABIERTA	$ 7.851.597
1897	439101	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA ABIERTA	$ 8.753.516
1898	554002	NEFRECTOMÍA PARCIAL POR LUMBOTOMÍA	$ 7.952.381
1899	554103	HEMINEFRECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA	$ 4.312.970
1900	564111	URETERECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.641.696
1901	564211	URETERECTOMÍA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA	$ 5.397.258
1902	449001	ABLACIÓN DE LESIÓN GÁSTRICA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.385.000
1903	451304	ENTEROSCOPIA (INTRAQUIRÚRGICA) TRANSABDOMINAL VÍA ABIERTA	$ 6.737.271
1904	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 119.214
1905	306302	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN LARINGE VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.455.535
1906	452303	COLONOSCOPIA CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCÓPICA	$ 568.057
1907	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 66.904
1908	890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 112.672
1909	541507	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ÓRGANOS RETROPERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.191.940
1910	558202	CIERRE DE NEFROSTOMÍA O PIELOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.135.566
1911	605111	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 6.722.243
1912	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	$ 73.288
1913	602004	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 8.938.490
1914	841001	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 1.844.987
1915	841501	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIERNA	$ 1.540.000
1916	854701	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS, GANGLIOS LINFÁTICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTÍNICOS)	$ 3.771.996
1917	857101	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 6.265.000
1918	704201	VAGINECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.951.340
1919	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.389.978
1920	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.161.924
1921	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 29.964
1922	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 24.500
1923	385720	OCLUSIÓN DE VENAS INTRAABDOMINALES, VÍA ENDOVASCULAR	$ 5.998.559
1924	394101	CONTROL DE HEMORRAGIA DESPUÉS DE CIRUGÍA VASCULAR	$ 613.346
1925	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO (CA 125) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.175
1926	404002	VACIAMIENTO LINFÁTICO RADICAL O RADICAL MODIFICADO DE CUELLO UNILATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.573.217
1927	404402	VACIAMIENTO LINFÁTICO SELECTIVO (FUNCIONAL) DE CUELLO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.822.121
1928	425201	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON INTERPOSICIÓN DEL ESTÓMAGO VÍA ABIERTA	$ 14.242.110
1929	425204	RECONSTRUCCIÓN O ANASTOMOSIS ESOFÁGICA CON TUBO GÁSTRICO VÍA ABIERTA	$ 9.006.459
1930	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 49.316

1931	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 41.157
1932	881702	ECOGRAFIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACION	$ 96.133
1933	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 108.905
1934	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 64.364
1935	890237	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLOGICA	$ 122.769
1936	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 74.819
1937	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 96.565
1938	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 96.012
1939	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 636.527
1940	605101	RESECCIÓN DE PRÓSTATA [PROSTATECTOMÍA] RADICAL [PROSTATOVESICULECTOMÍA]	$ 2.431.648
1941	715003	VULVECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL	$ 2.040.653
1942	715004	VULVECTOMÍA SIMPLE BILATERAL	$ 2.047.726
1943	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 110.000
1944	908418	ESTUDIOS GENETICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$ 1.071.000
1945	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 95.031
1946	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 106.086
1947	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 60.689
1948	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 97.818
1949	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 94.952
1950	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 77.714
1951	890355	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	$ 88.522
1952	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 43.819
1953	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 43.819
1954	454208	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (4 - 10)	$ 2.320.193
1955	881701	ECOGRAFIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 90.301
1956	592102	URETEROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.858.901
1957	454209	RESECCIÓN DE LESIÓN DE INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA (11 O MÁS)	$ 2.650.891
1958	454210	ABLACIÓN DE LESIÓN EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.444.824
1959	541505	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.207.561
1960	541602	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.632.000
1961	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	$ 1.817.120
1962	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 103.558
1963	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 78.830
1964	541702	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.114.287
1965	541902	CITORREDUCCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.100.000
1966	542001	EXPLORACIÓN INGUINAL VÍA ABIERTA	$ 637.965
1967	542102	LAPAROSCOPIA DE PRECISIÓN (ESTADIFICACIÓN)	$ 2.762.851
1968	542202	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.682.793
1969	542303	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.130.529
1970	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 104.633
1971	332203	BRONCOSCOPIA CON LAVADO BRONCOALVEOLAR	$ 1.295.332
1972	332207	BRONCOSCOPIA CON PUNCIÓN (ASPIRACIÓN) TRANSBRONQUIAL	$ 794.810
1973	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	$ 96.786
1974	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 79.250
1975	890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	$ 99.609
1976	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 101.585
1977	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	$ 86.503

1978	552604	BIOPSIA DE RIÑÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.793.398
1979	602002	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL	$ 2.043.478
1980	200103	TIMPANOTOMÍA CON DRENAJE DE MEMBRANA TIMPÁNICA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.147.790
1981	992509	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	$ 122.457
1982	992511	MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	$ 222.738
1983	992508	TERAPIA ANTINEOPLÁSICA MIELOABLATIVA	$ 531.935
1984	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 58.211
1985	890337	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	$ 111.560
1986	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 100.818
1987	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 100.075
1988	348602	PLICATURA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACIÓN POR TORACOSCOPIA	$ 8.125.000
1989	451307	CONTROL DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO CON DISPOSITIVO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.905.155
1990	453305	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.490.507
1991	456204	DUODENECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.908.939
1992	456206	ILECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.919.259
1993	457002	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL (HARTMANI VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.436.032
1994	459202	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.448.247
1995	460104	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 10.698.161
1996	348002	BIOPSIA DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	$ 3.983.974
1997	348102	ESCISIÓN TRANSTORÁCICA DE LESIÓN O TEJIDO DE DIAFRAGMA POR TORACOSCOPIA	$ 10.020.542
1998	39203	NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA	$ 1.442.825
1999	485004	PROCTOSIGMOIDECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL	$ 3.346.650
2000	485402	PROCTECTOMÍA CON DESCENSO ABDOMINO-PERINEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.189.707
2001	486702	RESECCIÓN DE LESIÓN O TUMOR RECTAL ABORDAJE TRANS-ANAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.577.364
2002	543202	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.773.000
2003	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 1.796.808
2004	321501	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN BRONQUIO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 6.345.088
2005	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	$ 180.608
2006	861101	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$ 700.683
2007	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN	$ 195.000
2008	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	$ 2.247.643
2009	221401	NASOSINUSCOPIA	$ 200.131
2010	778601	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA	$ 1.496.000
2011	778801	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS)	$ 1.309.000
2012	821201	FASCIOTOMÍA DE MANO	$ 792.123
2013	776402	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 2.268.936
2014	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 95.740
2015	317505	RECONSTRUCCIÓN POR RESECCIÓN CRICOTRAQUEAL PARCIAL SIN INJERTO	$ 8.398.145
2016	422003	ESOFAGOSCOPIA VÍA ORAL EXPLORATORIA O DIAGNÓSTICA SIN BIOPSIA	$ 402.833
2017	405203	VACIAMIENTO RADICAL LINFÁTICO (LINFADENECTOMÍA) DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 5.895.208
2018	405304	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOFEMORAL, UNILATERAL VÍA ABIERTA	$ 6.385.961
2019	780301	INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO	$ 1.215.042
2020	780503	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FÉMUR	$ 1.754.230
2021	780706	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE PERONÉ	$ 1.488.194
2022	561102	MEATOTOMÍA URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 689.640
2023	565410	URETERONEOCECOCISTOPLASTIA	$ 4.703.056
2024	405307	LINFADENECTOMÍA RADICAL INGUINOILÍACO BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.694.892

2025	405408	LINFADENECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	$ 6.548.490
2026	405503	LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.626.647
2027	341201	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.180.603
2028	341203	BIOPSIA DE ORGANO O TEJIDO DE MEDIASTINO POR MEDIASTINOSCOPIA	$ 5.291.296
2029	776702	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONE	$ 2.812.324
2030	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 108.111
2031	890278	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	$ 104.974
2032	439004	GASTRECTOMÍA TOTAL RADICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 9.943.569
2033	313302	IMPLANTE O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO TRAQUEOBRONQUIAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 6.200.000
2034	439102	RECONSTRUCCIÓN GÁSTRICA CON INTERPOSICIÓN INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.286.229
2035	439301	ESOFAGOGASTRECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.948.084
2036	441101	GASTROSCOPIA TRANSABDOMINAL (INTRAQUIRÚRGICA) VÍA ABIERTA	$ 716.849
2037	441303	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON MAGNIFICACIÓN O CROMOENDOSCOPIA	$ 412.500
2038	868314	PANICULECTOMÍA DE TÓRAX	$ 3.162.588
2039	868503	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), MÁS DE CINCO	$ 1.499.586
2040	456002	RESECCIÓN SEGMENTARIA DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.282.799
2041	575103	RESECCIÓN DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VÍA ABIERTA	$ 3.979.948
2042	576011	CISTECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.029.194
2043	458302	COLECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.001.323
2044	459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.393.544
2045	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 2.570.273
2046	459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.123.263
2047	777501	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FEMUR	$ 941.002
2048	778102	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA	$ 1.996.712
2049	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 74.819
2050	451306	ENTEROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO DESPUÉS DE DUODENO CON BIOPSIA	$ 1.863.758
2051	542304	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.628.129
2052	542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.823.000
2053	542801	PARACENTESIS ABDOMINAL DIAGNÓSTICA VÍA PERCUTÁNEA	$ 569.336
2054	776203	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN HÚMERO	$ 2.741.795
2055	831304	TENOTOMÍAS EN ANTEBRAZO (UNA O MÁS)	$ 963.062
2056	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA	$ 653.452
2057	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$ 806.000
2058	890378	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	$ 88.554
2059	652102	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.458.000
2060	652304	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 3.197.067
2061	39204	NEUROLISIS DE NERVIOS PERIFÉRICOS POR RADIOFRECUENCIA	$ 2.545.000
2062	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 65.741
2063	529801	DILATACIÓN DE DUCTO PANCREÁTICO, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.900.955
2064	524401	DRENAJE INTERNO DE QUISTE PANCREÁTICO POR CISTOENTEROSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.152.344
2065	527201	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA ABIERTA	$ 5.443.580
2066	527202	PANCREATICODUODENECTOMÍA PROXIMAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.503.000
2067	485002	PROCTECTOMÍA ABORDAJE PERINEAL (TRANS-ANAL) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.959.138
2068	486201	RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO VÍA ABIERTA	$ 5.010.884
2069	487302	FISTULECTOMÍA RECTO-VESICAL CON COLOSTOMÍA	$ 1.315.576
2070	602005	ADENOMECTOMÍA POR ABLACIÓN DE PRÓSTATA	$ 4.400.090
2071	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 20.081
2072	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACIÓN DE LA RÓTULA)	$ 2.144.637
2073	547505	RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL ANATÓMICA Y FUNCIONAL VÍA ABIERTA	$ 3.206.060

2074	602003	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA RETROPÚBICA O TRANSVESICOCAPSULAR	$ 2.043.478
2075	608101	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIPROSTÁTICA	$ 1.845.740
2076	837502	TRANSFERENCIAS DE TENDÓN EN PARÁLISIS RADIAL	$ 3.630.284
2077	549501	PLICATURA DE PERITONEO [NOBLE MODIFICADA]	$ 1.106.001
2078	778956	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR	$ 8.608.229
2079	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 19.733
2080	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 32.045
2081	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 120.000
2082	852003	ESCISIÓN EN BLOQUE DE CONDUCTOS GALACTÓFOROS	$ 1.164.645
2083	837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA	$ 3.230.947
2084	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA	$ 2.433.139
2085	823307	TENOSINOVECTOMÍA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR	$ 1.140.688
2086	218302	RECONSTRUCCIÓN NASAL CON COLGAJO FRONTAL	$ 3.179.863
2087	295701	RECONSTRUCCIÓN DE FARINGE CON COLGAJO FASCIOCUTÁNEO O MIOCUTÁNEO A DISTANCIA	$ 5.950.000
2088	782523	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA Y PERONÉ	$ 1.218.624
2089	497303	FISTULECTOMÍA ANO-VAGINAL	$ 1.159.647
2090	497401	TRANSPOSICIÓN DEL MÚSCULO RECTO INTERNO PARA INCONTINENCIA ANAL, VÍA SAGITAL POSTERIOR	$ 1.118.389
2091	578704	ÍLEO-CECO-CISTOPLASTIA	$ 6.012.483
2092	511705	BIOPSIA ESFÍNTER DE ODDI VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.776.457
2093	715005	VULVECTOMÍA TOTAL UNILATERAL	$ 2.278.360
2094	566002	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.607.879
2095	653104	OOFORECTOMÍA UNILATERAL VÍA VAGINAL	$ 831.401
2096	655102	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 2.032.754
2097	659510	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROTOMÍA	$ 617.665
2098	662201	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 891.249
2099	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS (SCE)	$ 697.500
2100	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$ 685.750
2101	908421	ESTUDIO MOLECULAR DE REARREGLOS (ESPECÍFICOS)	$ 1.264.521
2102	570504	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA POR ABLACIÓN	$ 1.068.072
2103	665001	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.153.296
2104	864204	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	$ 724.685
2105	864205	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 1.441.203
2106	881213	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE MEDIASTINO, TRÁQUEA Y BRONQUIOS	$ 44.459
2107	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 70.262
2108	521003	BIOPSIA DE PÁNCREAS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.272.231
2109	522201	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PÁNCREAS VÍA ABIERTA	$ 6.130.169
2110	434001	ESCISIÓN DE PÓLIPOS GÁSTRICOS VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.236.900
2111	438201	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN CON VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 7.132.732
2112	438203	GASTRECTOMÍA PARCIAL CON RECONSTRUCCIÓN SIN VAGOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 9.049.276
2113	438303	GASTROENTEROANASTOMOSIS DERIVATIVA (DUODENO O YEYUNO) SIN EXCLUSIÓN PILÓRICA VÍA ABIERTA	$ 7.295.062
2114	682404	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR HISTEROSCOPIA	$ 2.115.443
2115	683111	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA	$ 3.755.981
2116	691101	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS POR LAPAROTOMÍA	$ 735.856
2117	341403	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR TORACOSCOPIA	$ 3.773.000
2118	274304	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA	$ 2.422.414
2119	44203	DESCOMPRESIÓN NEUROVASCULAR DE NERVIOS CRANEALES BAJOS (IX X XI XII)	$ 3.515.000
2120	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 26.024
2121	705110	COLPORRAFIA ANTERIOR CON PLASTIA O REPARACIÓN DE URETROCELE	$ 829.252
2122	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 24.777
2123	452304	MARCACIÓN DE LESIÓN EN COLON VÍA ENDOSCÓPICA	$ 705.245
2124	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RÍGIDA	$ 480.184

2125	453101	OTRA ELIMINACIÓN O ESCISIÓN DE LESIÓN DE DUODENO	$ 1.250.000
2126	454101	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 6.174.083
2127	599110	ESCISIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE GRANDES VASOS	$ 3.898.190
2128	601103	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR SATURACIÓN ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 923.527
2129	601501	BIOPSIA DE TEJIDO PERIPROSTÁTICO VÍA ABIERTA	$ 772.227
2130	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 155.969
2131	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTAOA DE CADERA	$ 160.492
2132	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 132.000
2133	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MH2 O MAS	$ 32.684
2134	243107	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	$ 5.631.000
2135	384601	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE ARTERIAS ABDOMINALES	$ 3.684.334
2136	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 293.091
2137	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 87.638
2138	252506	HEMIGLOSECTOMÍA CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA VÍA ABIERTA	$ 13.202.443
2139	776110	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)	$ 3.749.754
2140	779601	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA	$ 2.377.190
2141	384701	RESECCIÓN CON SUSTITUCIÓN DE VENAS ABDOMINALES	$ 3.915.346
2142	841801	DESARTICULACIÓN DE CADERA	$ 3.278.686
2143	397701	EXPLORACIÓN DE VENAS ABDOMINALES	$ 1.193.986
2144	898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)	$ 169.172
2145	529301	INSERCIÓN DE TUBO TUTOR (PRÓTESIS, STENT) EN EL CONDUCTO PANCREÁTICO, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.085.608
2146	898802	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO MOLECULAR (ESPECÍFICO)	$ 761.230
2147	383201	RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO, CARA O CUELLO	$ 3.809.490

ANEXO 8

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

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 **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

El proponente:

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

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

ANEXO 9

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Presentación de propuesta para el proceso de selección abreviada de menor **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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 Menor cuantía cuyo objeto es: **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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
Libertad y Orden	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) no aplica

Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia o otro documento que soporte el extranjero.

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

Las personas naturales nacionales o extranjeras; jurídicas nacionales o extranjeras, deben anexar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que tengan 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 número

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

Tipo documento de Identificación		
Cédula de Ciudadanía		Nro.
Cédula de Extranjería		Nro.
NIT Persona Jurídica		Nro.
NIT Persona Natural		Nro.
Pasaporte		Nro.
Registro Civil		Nro.
Tarjeta de Identidad		Nro.
Otro Tipo Documento		Nro. Cual

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES.

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

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

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

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO	Código: FP-F-039
Libertad y Orden	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	

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

FORMULARIO No. 3

CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

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

1. Los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provienen de actividades ni fuentes ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contrarien 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, sobomo 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 contrarien 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 **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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 OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

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

Atentamente:

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

FORMULARIO No. 6

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.

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 **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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

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

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

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

1.3. El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de

selección abreviada y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

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

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

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

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

1.6. El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso, no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera 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 **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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

PRIMERO: Que **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** adelanta un proceso de contratación para la celebración de un contrato estatal la ejecución del proyecto que tiene por objeto **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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: **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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 identificacion del representante legal
Dirección: Diligenciar la dirección del proveedor
Teléfono: Diligenciar teléfonos de contacto del proveedor
Email: Diligenciar correo electrónico de notificaciones

FORMULARIO No. 9
EXPERIENCIA DEL PROPONENTE
CORRESPONDE AL TÉCNICO

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: **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

NOMBRE DEL PROPONENTE: _____

FECHA: _____

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

I: INDIVIDUAL

UT: UNION TEMPORAL

C: CONSORCIO

FORMULARIO No. 10

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

El proponente:

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

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

FORMULARIO No. 11

CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC ____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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 corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total

RESULTADO						

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

El proponente:

Firma del representante legal 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: **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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 identificacion del proponente
Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Dirección: Diligenciar la direccion 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
Ciudad.

Referencia: Indicación de trato nacional Diligenciar el cargo a desempeñar para el proceso número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

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

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

RECIPROCIDAD

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

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

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

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

FORMULARIO No. 14

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**
Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

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

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

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

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

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

Nota 2: los oferentes que hayan diligenciado el Numeral 1 del presente formulario, en cualquiera de sus apartes, no deberán diligenciar lo exigido en el Numeral 2 de este formulario

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 15

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

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

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía Número Diligenciar el número del proceso **cuyo objeto es: PRESTACIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS ESPECIALIDADES DE ONCOLOGÍA Y HEMATO-ONCOLOGÍA, INCLUYENDO DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL ADSCRITOS A LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8 – UNIDAD PRESTADORA DE SALUD BOLÍVAR."**

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

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

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

PERSONA JURÍDICA

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

PERSONA NATURAL

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

Nota: seleccionar, según corresponda.

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre 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: Este formulario se actualizará por parte de las unidades dueñas de la necesidad en coordinación con el responsable del Sistema de Gestión de SST de la unidad, cada vez que se requiera, de acuerdo con la actualización de la normatividad, política y objetivos del SG-SST de la Policía Nacional

FORMULARIO No. 16

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 17

FORMULARIO DE INDICADORES DE DECRETO 441 DE 2022

INDICADORES 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

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.	79% -70%

Indicador Nro 1. 1. Nombre: Proporción de satisfacción global	
2. Descripción Es un indicador clave de calidad que mide el porcentaje de usuarios que reportan estar satisfechos con la totalidad de la atención recibida en una institución de salud, evaluando aspectos como la calidad del servicio, la comunicación, la accesibilidad y la empatía del personal, a través de encuestas aplicadas a pacientes.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de usuarios que respondieron muy buena o buena a la pregunta ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido? en el servicio Denominador: Número de usuarios que respondieron la pregunta
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición	

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: 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 3 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: Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Res 1446 de 2006
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMAFORO)
Calidad / Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas	

Indicador Nro. 2
1. Nombre: 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: 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 3 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, Resolución 5171 de 2017, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

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

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	
2. Descripción Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador**: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. **Denominador**: Total de egresos de hospitalización.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición **Mes 1**: 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 2:** 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 3 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 1732 del 05 de agosto de 2026 (Deroga Resolución 3100 de 2019). Decreto 780 de 2016

10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 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	[redacted] 1

Indicador Nro. 4	
1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	
2. Descripción: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias **Denominador**: Total de personas atendidas en urgencias
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición Dada la naturaleza crítica del servicio de Urgencias y la vulnerabilidad de la población del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, la progresividad se orienta a la detección temprana y prevención de riesgos: **Mes 1:** El prestador deberá socializar con la supervisión sus protocolos de "Correctos en la administración de medicamentos" y el sistema de reporte en línea. Durante este mes, el enfoque será pedagógico; se evaluará la capacidad de reporte y no la tasa de incidencia. **Mes 2:** 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 3 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 1732 del 05 de agosto de 2026 (Deroga Resolución 3100 de 2019). Decreto 780 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 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	7% >8%

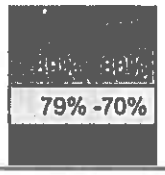
Indicador Nro. 5 1. Nombre: Proporción de cancelación de cirugía	
2. Descripción Expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a la institución.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron 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:** 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 3 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	Resolución 1732 del 05 de agosto de 2026 (Deroga Resolución 3100 de 2019), Decreto 780 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	7% >8%
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 1

Indicador Nro. 5 1. Nombre: Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización

2. Descripción: Es un estimador de las caídas de pacientes en hospitalización en un mes de seguimiento	
3. Unidad de medida: Por 1000 días de estancia	
4. Fórmula	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el periodo Denominador: Sumatoria de días de estancia de los pacientes en los servicios de hospitalización en el periodo.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6.Progresividad de la medición La medición de este indicador busca la identificación de riesgos intrínsecos (estado del paciente) y extrínsecos (infraestructura y procesos) en el entorno hospitalario: **Mes 1:** Se evaluará el cumplimiento de la Escala de Valoración de Riesgo de Caída (ejemplo escala de Morse o Downton) en el 100% de las historias clínicas. El enfoque será la identificación del riesgo al ingreso del paciente. **Mes 2 a 3:** Se medirá la implementación de barreras físicas (barandas, frenos de camas, iluminación) y rondas de enfermería. **Mes 4 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, el contratista deberá mantener la tasa por debajo del límite pactado y aplicar medidas correctivas inmediatas.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 1732 del 05 de agosto de 2026 (Deroga Resolución 3100 de 2019), Decreto 780 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

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	

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	80% - 80% 79% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

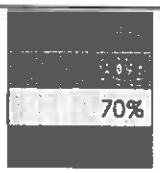
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	80% 70%

Indicador Nro 2 1. Nombre: Índice de Conversión de Servicios Facturados	
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de Ejecución Presupuestal y Conciliación de Servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea un reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto reportado supere los límites financieros asignados, con el fin de detectar desviaciones o sobre-ejecuciones de manera temprana.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total servicios prestados en el mes anterior Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La medición busca la transparencia en el reporte de costos y la eliminación de la facturación represada: **Mes 1-2:** Periodo de ajuste entre los sistemas de información del prestador y la entidad responsable del pago. mes **Mes 3 en adelante:** El índice debe tender al **100%**. Una desviación superior al 5% (hacia arriba o hacia abajo) obligará al contratista a presentar un informe de justificación técnica sobre la frecuencia de uso de servicios o fallas en el proceso de facturación.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Decreto 441 de 2022 (Art. 2.5.3.4.1.3): Que establece la obligación de definir mecanismos de seguimiento a la ejecución del contrato y la gestión del riesgo financiero. Decreto 4747 de 2007: Regula la relación

	entre prestadores y pagadores, específicamente en lo relacionado con soportes de facturación y radicación.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6%

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

Indicador Nro 3 1. Nombre: Tasa de Precisión de Facturación	
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de eficiencia y calidad en el proceso de facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado. Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: Total facturas radicadas en el mismo periodo
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La evaluación de la precisión en la facturación se aplicará de forma gradual para permitir que el equipo de facturación del prestador se alinee con el manual de glosas de la entidad: **Mes 2:** Se considera un periodo de **ajuste técnico**. Se medirá el indicador sin impacto en la calificación de desempeño, con el fin de identificar las causas recurrentes de glosa (ej. falta de soportes, errores en RIPS o falta de autorización). El cumplimiento esperado es del **85%**. **Mes 3 (Fase de Estabilización):** El prestador deberá haber implementado acciones correctivas sobre las causas detectadas. Se exigirá un cumplimiento mínimo del **92% de precisión** (valor de glosa aceptada vs. valor radicado). **Mes 4 en adelante (Fase de Régimen Permanente):** Se exigirá un estándar de excelencia con un cumplimiento del **96% o superior**. Un resultado por debajo de este umbral se considerará una ineficiencia administrativa que afecta la gestión del riesgo financiero.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,

10. Meta, umbral o rango esperado	
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: debol.upres@policia.gov.co.
Parágrafo 2: En caso de que se presenten eventos NO imprevisibles que afecten el cumplimiento de las metas, umbrales o rangos esperados, el supervisor, como primer mecanismo de acción, realizará una reunión con el contratista con el fin de establecer un plan de mejora. Si, durante el siguiente periodo de medición o revisión del indicador, persiste el incumplimiento de las metas, umbrales o rangos pactados, el supervisor remitirá a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 la información correspondiente (informes, actas de acciones de mejora, entre otros) para el trámite administrativo y contractual a que haya lugar.
El seguimiento de los anteriores indicadores durante la ejecución del contrato o acuerdo de voluntad, deberá contener como mínimo:
1. Caracterización de la población.
2. Resultado del indicador y porcentaje o nivel de cumplimiento.
3. Descripción de avances.
4. Fecha de corte.

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

FORMULARIO No. 18

FORMATO VISITA TÉCNICA

La Unidad Prestadora de Salud Bolivar por medio del comité técnico evaluador designado para este proceso, realizara visita de campo al oferente, en el plazo de evaluación de la propuesta, para adelantar la verificación de las condiciones establecidas

Oferente: _____
NIT: _____
Dirección sede: _____
Fecha de visita: ____ / ____ / _____
Equipo evaluador: _____

ITEM	CRITERIO TECNICO		EVIDENCIA/OBSERVACIÓN	CUMPLE	
				SI	NO
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS:					
1	706	LABORATORIO CLÍNICO			
2	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO			
3	362	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO			
4	201	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO			
5	373	CIRUGÍA ONCOLÓGICA			
6	210	CIRUGÍA ONCOLÓGICA			
7	364	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS			
8	232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS			
9	301	ANESTESIA			
10	309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS			
11	377	COLOPROCTOLOGÍA			
12	379	GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA			
13	393	ORTOPEDIA ONCOLÓGICA			
14	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA			
15	709	QUIMIOTERAPIA			
16	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES			
17	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES			
18	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL			
19	747	PATOLOGÍA			
20	308	DERMATOLOGÍA			
21	365	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA			
22	355	UROLOGÍA			
23	395	UROLOGÍA ONCOLÓGICA			
24	387	NEUROCIRUGÍA			

25	245	NEUROCIRUGÍA			
26	320	GINECOBSTETRICIA			
27	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			
28	366	CIRUGÍA DE TÓRAX			
29	234	CIRUGÍA DE TÓRAX			
30	304	CIRUGÍA GENERAL			
31	203	CIRUGÍA GENERAL			
32	369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA			
33	213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA			
34	237	CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA			
35	321	HEMATOLOGÍA			
36	406	HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA			
37	316	GASTROENTEROLOGÍA			
38	367	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL			
39	235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL			
40	323	INFECTOLOGÍA			
41	336	ONCOLOGÍA CLÍNICA			
42	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE			
43	739	FISIOTERAPIA			
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS					
44	Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo				
45	Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información				
46	Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.				
47	Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.				
VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO					
48	LABORATORIO CLÍNICO				
49	CONSULTA EXTERNA				
50	SERVICIO DE URGENCIA				
51	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
52	SERVICIO CUIDADO INTENSIVO				
53	SILLAS DE QUIMIOTERAPIA				
54	SALAS DE RADIOTERAPIA				
55	SERVICIO FARMACEUTICO				
SISTEMAS DE INFORMACIÓN					

58	HISTORIA CLÍNICA (ELECTRÓNICA) CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS - ACCESOS RESTRINGIDOS			
PROCESOS PRIORITARIOS				
59	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
60	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
61	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)			
62	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
63	CÓMITE DE INFECCIONES			
64	PROGRAMA DE FARMACOVIGILANCIA			
65	PROTOCOLO MANEJO DE REACCIONES ADVERSAS A QUIMIOTERAPIA			

1. **CONCEPTO FINAL DEL COMITÉ EVALUADOR**

Conclusión técnica:

☐ Cumple con los criterios establecidos

☐ No cumple con los criterios establecidos

Observaciones generales del comité:

_____

_____

_____

Firma del Comité Evaluador Técnico:

_____

_____

_____