3831	763101	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	$ 815,572
3832	763102	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	$ 814,041
3833	763103	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	$ 815,572
3834	763104	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	$ 814,041
3835	763901	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCIÓN	$ 684,524
3836	763902	CONDILECTOMÍA DE LA MANDÍBULA	$ 662,097
3837	763903	HEMIMAXILECTOMÍA	$ 815,572
3838	764101	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$ 1,242,300
3839	764201	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCIÓN ÓSEA	$ 968,446
3840	764301	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL)	$ 1,016,633
3841	764302	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 1,490,355
3842	764303	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 1,415,837
3843	764304	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO, COLGAJO PEDICULADO	$ 1,653,337
3844	764305	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO	$ 3,579,538
3845	764401	RESECCIÓN PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 1,001,730
3846	764402	RESECCIÓN TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 1,496,002
3847	764601	RETROPOSICIÓN QUIRÚRGICA DE LA PREMAXILA	$ 684,524
3848	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 653,381
3849	765105	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, VÍA EXTERNA	$ 852,446
3850	765201	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO	$ 744,021
3851	765202	MENISECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	$ 744,021
3852	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	$ 1,275,396
3853	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLÁSTICO	$ 1,342,522
3854	765401	REMODELACIÓN DEL CARTÍLAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,293,148
3855	766101	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMÍA) DE RAMA MANDIBULAR	$ 788,106
3856	766201	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,058,904
3857	766202	OSTEOTOMÍA RAMA MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 796,637
3858	766203	OSTEOTOMÍA DE RAMA MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O VÍA TRANSCUTÁNEA	$ 1,177,663
3859	766205	CORONOIDECTOMÍA	$ 662,097
3860	766301	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,044,207
3861	766302	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANSCUTÁNEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 932,442
3862	766303	OSTEOTOMÍA DE CUERPO MANDIBULAR VÍA TRANS MUCOSA O TRANSCUTÁNEA	$ 1,037,639
3863	766401	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL MANDIBULAR	$ 933,733
3864	766402	CORTICOTOMÍA MANDIBULAR	$ 928,250
3865	766403	OSTEOTOMÍA DE MENTÓN CON FIJACIÓN INTERNA	$ 719,831
3866	766501	OSTEOTOMÍA LEFORT I SEGMENTARIA, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 893,791
3867	766601	OSTEOTOMÍA LEFORT I CON FIJACIÓN INTERNA	$ 930,845
3868	766602	OSTEOTOMÍA SUBAPICAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,154,320
3869	766603	OSTEOTOMÍA LEFORT II CON FIJACIÓN INTERNA	$ 791,205
3870	766604	OSTEOTOMÍA LEFORT III CON FIJACIÓN INTERNA	$ 791,205
3871	766605	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT I (DISYUNCIÓN PALATINA)	$ 719,831
3872	766606	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT II	$ 928,250
3873	766607	CORTICOTOMÍA TIPO LEFORT III	$ 928,250
3874	766608	OSTEOTOMÍA LE FORT I CON DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA	$ 3,323,700
3875	766609	OSTEOTOMÍA LE FORT II CON DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA	$ 4,074,000
3876	766610	OSTEOTOMÍA LE FORT III CON DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA	$ 4,074,000

3877	766701	GENIOPLASTIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 492,436
3878	766901	SUSPENSIÓN ESQUELÉTICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMÍAS FACIALES	$ 368,391
3879	766902	OSTEOTOMÍA DESLIZANTE (VISERA)	$ 571,124
3880	766903	OSTEOPLASTIA SIMULTÁNEA DE VARIOS HUESOS FACIALES	$ 670,150
3881	766970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES	$ 429,660
3882	767201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 536,795
3883	767202	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMÁTICO	$ 558,089
3884	767203	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MALAR, CON REDUCCIÓN PISO DE ÓRBITA INJERTO O FIJACIÓN INTERNA	$ 818,244
3885	767301	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 681,686
3886	767302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 681,686
3887	767303	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 681,686
3888	767304	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 681,686
3889	767401	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 893,791
3890	767402	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 905,040
3891	767403	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 893,791
3892	767404	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 893,791
3893	767501	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CÓNDILO	$ 545,942
3894	767502	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	$ 545,942
3895	767503	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	$ 609,246
3896	767601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE CÓNDILO, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,003,596
3897	767602	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 815,105
3898	767603	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 950,635
3899	767604	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA MÚLTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1,311,555
3900	767605	REDUCCIÓN DE FRACTURA CONDILAR CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 859,044
3901	767701	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACIÓN	$ 666,598
3902	767702	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 771,053
3903	767703	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DE MÁS DE TRES DIENTES, CON FIJACIÓN	$ 808,108
3904	767705	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	$ 464,777
3905	767706	REDUCCIÓN Y FIJACIÓN DE LUXACIÓN DENTOALVEOLAR QUE COMPROMETE MÁS DE TRES DIENTES	$ 530,054
3906	767801	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	$ 337,794
3907	767802	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACIÓN	$ 609,246
3908	767901	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE BORDE O PARED ORBITAL	$ 771,053
3909	767902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	$ 771,053
3910	767903	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MÁS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO	$ 1,025,910
3911	767904	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 875,263
3912	767905	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO	$ 875,263
3913	767907	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA NASO -ÓRBITO -ETMOIDAL, CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 771,053

3914	767908	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MÚLTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ÓRBITARIO	$ 930,845
3915	768001	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTER MAXILAR	$ 1,086,689
3916	768002	FIJACIÓN INTERMAXILAR O CERCLAJE INTRA MAXILAR	$ 1,086,689
3917	768101	INJERTO ÓSEO EN HUESO FACIAL	$ 907,627
3918	768110	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETERÓLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	$ 108,825
3919	768201	INSERCIÓN DE IMPLANTE SINTÉTICO EN HUESO FACIAL	$ 152,825
3920	768301	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 148,593
3921	768302	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACIÓN INTERMAXILAR	$ 426,500
3922	768401	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMÍA DEL TEMPORAL	$ 719,831
3923	768501	INSERCIÓN DE EXPANSOR DE PERIOSTIO EN HUESO O ARTICULACIÓN FACIAL	$ 529,506
3924	768601	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 8,321
3925	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACIÓN INTERNA DE HUESO FACIAL	$ 480,116
3926	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR	$ 426,499
3927	768801	ARTRECTOMÍA TEMPOROMANDIBULAR	$ 681,686
3928	768901	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN INTERNA EN MANDÍBULA	$ 603,241
3929	768902	RETIRO DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA EN MANDÍBULA	$ 603,241
3930	770101	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO O CURETAJE DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 248,213
3931	770201	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HÚMERO	$ 625,091
3932	770301	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CÚBITO	$ 584,389
3933	770302	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	$ 773,090
3934	770401	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	$ 204,584
3935	770402	DRENAJE, CURETAJE O SECUESTRECTOMÍA EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)	$ 354,028
3936	770501	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FÉMUR VÍA ABIERTA	$ 690,046
3937	770601	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RÓTULA VÍA ABIERTA	$ 449,656
3938	770701	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ	$ 572,513
3939	770702	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ	$ 770,338
3940	770801	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSO O METATARSO (CADA UNO)	$ 202,025
3941	770802	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS (CADA UNO)	$ 266,186
3942	770901	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE ARTEJO O DE FALANGE DE PIE (CADA UNO)	$ 202,025
3943	770902	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 217,269
3944	770920	SECUESTRECTOMÍA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE HUESOS PELVIANOS	$ 516,196
3945	770930	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR	$ 884,595
3946	770931	DRENAJE, CURETAJE, SECUESTRECTOMÍA DE COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 765,117
3947	770932	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 86,024
3948	770933	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2,490,900
3949	770934	DRENAJE EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ABIERTA	$ 803,478
3950	771101	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1,984,600
3951	771102	REAPERTURA DE SITIO DE OSTEOTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,984,600
3952	772101	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 354,028
3953	772102	OSTEOTOMÍA DE CLAVÍCULA	$ 404,370
3954	772103	OSTEOTOMÍA DE COSTILLA (UNA O MÁS)	$ 369,477
3955	772104	OSTEOTOMÍA DE ESCÁPULA	$ 242,910
3956	772105	OSTEOTOMÍA DE ESTERNÓN	$ 330,716

3957	772203	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 856,685
3958	772204	OSTEOTOMÍA DE HÚMERO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 890,808
3959	772304	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 710,997
3960	772305	OSTEOTOMÍA EN RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 690,046
3961	772306	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 901,776
3962	772307	OSTEOTOMÍA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 890,226
3963	772403	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 711,712
3964	772404	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO O METACARPIANO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 711,712
3965	772405	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 890,808
3966	772406	OSTEOTOMÍA EN CARPIANO Y METACARPIANO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 890,808
3967	772506	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR MÚLTIPLE CON FIJACIÓN INTERNA O EXTERNA	$ 924,009
3968	772507	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR PROXIMAL (CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,094,126
3969	772508	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR PROXIMAL (CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA O SUBTROCANTÉRICA) CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1,094,125
3970	772509	OSTEOTOMÍA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,018,709
3971	772510	OSTEOTOMÍA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1,065,424
3972	772511	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,040,571
3973	772512	OSTEOTOMÍA EN FÉMUR DISTAL (SUPRA O INTERCONDÍLEA) CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 1,102,608
3974	772513	OSTEOTOMÍA CON DESCENSO DEL TROCÁNTER MAYOR CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,102,608
3975	772514	OSTEOTOMÍA DEL TROCÁNTER MAYOR CON LUXACIÓN QUIRÚRGICA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,102,608
3976	772515	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA ÚNICA DE FÉMUR	$ 3,323,700
3977	772516	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE FÉMUR	$ 3,323,700
3978	772601	OSTEOTOMÍA EN RÓTULA CON FIJACIÓN	$ 657,024
3979	772704	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 576,216
3980	772705	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 576,216
3981	772706	OSTEOTOMÍA DE DIÁFISIS DE TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 576,216
3982	772707	OSTEOTOMÍA DE DIÁFISIS DE TIBIA CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 551,345
3983	772708	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 576,216
3984	772709	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 568,690
3985	772710	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
3986	772711	OSTEOTOMÍA DIAFISIARIA DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
3987	772712	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
3988	772713	OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE TIBIA O PERONÉ	$ 576,216
3989	772714	OSTEOTOMÍA DE TIBIA PROXIMAL SIN FIJACIÓN	$ 368,656
3990	772715	OSTEOTOMÍA DE DIÁFISIS DE TIBIA SIN FIJACIÓN	$ 368,656
3991	772716	OSTEOTOMÍA DE TIBIA DISTAL SIN FIJACIÓN	$ 368,656
3992	772717	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ PROXIMAL SIN FIJACIÓN	$ 339,419
3993	772718	OSTEOTOMÍA DE PERONÉ DISTAL SIN FIJACIÓN	$ 368,656
3994	772719	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA ÚNICA DE TIBIA	$ 368,656
3995	772720	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE TIBIA	$ 368,656
3996	772721	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA ÚNICA DE PERONÉ	$ 368,656
3997	772722	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE PERONÉ	$ 368,656
3998	772804	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 576,216
3999	772805	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 576,216
4000	772806	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 759,816
4001	772807	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL METATARSO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 759,816
4002	772808	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL TARSO SIN FIJACIÓN	$ 719,340
4003	772809	OSTEOTOMÍA DE HUESO DEL METATARSO SIN FIJACIÓN	$ 889,586
4004	772903	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE MANO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 613,029

4005	772904	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE MANO (UNO O MÁS HUESOS) CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 656,050
4006	772905	OSTEOTOMÍA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 515,944
4007	772906	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 576,216
4008	772907	OSTEOTOMÍA EN FALANGE DE DEDO DE PIE (EXCEPTO GRUESO ARTEJO) SIN FIJACIÓN	$ 449,332
4009	772908	OSTEOTOMÍA EN FALANGES DE GRUESO ARTEJO SIN FIJACIÓN	$ 576,216
4010	772909	OSTEOTOMÍA DE PELVIS VÍA ABIERTA	$ 1,156,222
4011	772912	OSTEOTOMÍAS PERIACETABULARES (MÚLTIPLES CORTES) VÍA ABIERTA	$ 1,184,703
4012	772913	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA ÚNICA DE PELVIS	$ 1,182,581
4013	772914	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA MÚLTIPLE DE PELVIS	$ 1,182,581
4014	772915	RECONSTRUCCIÓN DE PELVIS EN EXTROFIA VESICAL	$ 1,182,581
4015	772933	OSTEOTOMÍA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL HASTA 3 SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4016	772934	OSTEOTOMÍA FACETARIA EN COLUMNA CERVICAL MÁS DE 3 SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4017	772935	OSTEOTOMÍA FACETARIA EN COLUMNA TORÁCICA HASTA 3 SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4018	772936	OSTEOTOMÍA FACETARIA EN COLUMNA TORÁCICA MÁS DE 3 SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4019	772937	OSTEOTOMÍA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA HASTA 3 SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4020	772938	OSTEOTOMÍA FACETARIA EN COLUMNA LUMBOSACRA MÁS DE 3 SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4021	772939	OSTEOTOMÍA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4022	772940	OSTEOTOMÍA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA CERVICAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4023	772941	OSTEOTOMÍA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORÁCICA HASTA DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4024	772942	OSTEOTOMÍA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA TORÁCICA MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4025	772943	OSTEOTOMÍA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4026	772944	OSTEOTOMÍA DE ARCO POSTERIOR DE COLUMNA LUMBOSACRA MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,669,765
4027	772945	OSTEOTOMÍA DE SUBSTRACCIÓN PEDICULAR DE COLUMNA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS	$ 1,669,765
4028	772946	OSTEOTOMÍA DE SUBSTRACCIÓN PEDICULAR DE COLUMNA CERVICAL MÁS DE DOS SEGMENTOS	$ 1,669,765
4029	772947	OSTEOTOMÍA DE SUBSTRACCIÓN PEDICULAR DE COLUMNA TORÁCICA HASTA DOS SEGMENTOS	$ 1,669,765
4030	772948	OSTEOTOMÍA DE SUBSTRACCIÓN PEDICULAR DE COLUMNA TORÁCICA MÁS DE DOS SEGMENTOS	$ 1,669,765
4031	772949	OSTEOTOMÍA DE SUBSTRACCIÓN PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS	$ 1,669,765
4032	772950	OSTEOTOMÍA DE SUBSTRACCIÓN PEDICULAR DE COLUMNA LUMBOSACRA MÁS DE DOS SEGMENTOS	$ 1,669,765
4033	772951	REVISIÓN DE OSTEOTOMÍA VERTEBRAL	$ 2,490,900
4034	772952	TORACOPLASTIA UNILATERAL	$ 1,166,923
4035	772953	TORACOPLASTIA BILATERAL	$ 1,166,923
4036	773001	LUXACIÓN QUIRÚRGICA DE LA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL	$ 1,223,952
4037	773002	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL VÍA ABIERTA	$ 916,443
4038	773003	OSTEOCONDROPLASTIA DE CUELLO FEMORAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,155,569
4039	773004	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR VÍA ABIERTA	$ 846,109
4040	773005	OSTEOCONDROPLASTIA ACETABULAR POR ARTROSCOPIA	$ 1,244,697
4041	773006	REPARACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ABIERTA	$ 951,555

4042	773007	REPARACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,018,325
4043	773008	REMODELACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ABIERTA	$ 1,081,469
4044	773009	REMODELACIÓN DEL LABRUM ACETABULAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,018,325
4045	773101	OSTEOTOMÍA PERIARTICULAR ÚNICA	$ 655,200
4046	773102	OSTEOTOMÍA PERIARTICULAR MÚLTIPLE	$ 655,200
4047	773103	OSTEOTOMÍA INTRAARTICULAR ÚNICA	$ 1,114,800
4048	773104	OSTEOTOMÍA INTRAARTICULAR MÚLTIPLE	$ 1,114,800
4049	774001	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA	$ 190,097
4050	774002	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA PERCUTÁNEA	$ 772,353
4051	774003	BIOPSIA DE HUESO EN SITIO NO ESPECIFICADO, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 385,946
4052	774910	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA ABIERTA	$ 314,840
4053	774911	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA PERCUTÁNEA	$ 259,141
4054	774912	BIOPSIA DE VÉRTEBRA, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 272,780
4055	775104	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA DISTAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 230,085
4056	775105	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA DIAFISIARIA DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 636,304
4057	775106	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA PROXIMAL DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 636,304
4058	775107	CORRECCIÓN HALLUX VALGUS CON OSTEOTOMÍA COMBINADA DEL PRIMER METATARSIANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 703,999
4059	775401	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON ARTRODESIS O ARTROPLASTIA (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 555,496
4060	775402	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON TRANSFERENCIA TENDINOSA (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 555,496
4061	775403	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA CON REPARACIÓN DE LA PLACA PLANTAR (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 555,496
4062	775404	REVISIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO O EN GARRA (CADA ARTEJO) VÍA ABIERTA	$ 404,794
4063	776001	RESECCIÓN DE EXOSTOSIS EN HUESO NO ESPECIFICADO (UNA O MÁS)	$ 310,373
4064	776101	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE CLAVÍCULA	$ 224,223
4065	776102	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO DE CLAVÍCULA	$ 3,817,100
4066	776104	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO DE ESCÁPULA	$ 222,264
4067	776105	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO DE ESCÁPULA	$ 3,817,100
4068	776109	RESECCIÓN TUMOR BENIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)	$ 557,134
4069	776110	RESECCIÓN TUMOR MALIGNO DE TÓRAX (REJA COSTAL Y ESTERNÓN)	$ 1,114,800
4070	776201	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO	$ 357,996
4071	776202	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN HÚMERO CON INJERTO	$ 480,162
4072	776203	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN HÚMERO	$ 2,181,300
4073	776204	RESECCIÓN DE LESIÓN ÓSEA EN HÚMERO	$ 745,091
4074	776301	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RADIO O CÚBITO	$ 548,824
4075	776302	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RADIO O CÚBITO	$ 2,181,300
4076	776401	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 377,721
4077	776402	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 3,569,900
4078	776501	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR	$ 526,963
4079	776502	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 727,596
4080	776503	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN FÉMUR	$ 2,490,900
4081	776601	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN RÓTULA	$ 357,996
4082	776602	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN RÓTULA	$ 1,536,500
4083	776701	ESCISIÓN TUMOR BENIGNO EN TIBIA O PERONÉ	$ 531,978
4084	776702	ESCISIÓN TUMOR MALIGNO EN TIBIA O PERONÉ	$ 2,181,300

4085	776801	RESECCIÓN DE LESIÓN MALIGNA ÓSEA EN TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 248,688
4086	776802	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 214,978
4087	776803	RESECCIÓN DEL ESPOLÓN CALCÁNEO	$ 284,183
4088	776804	RESECCIÓN DE OSTEOFITOS TIBIALES O TALARES POR ENDOSCOPIA	$ 708,804
4089	776805	RESECCIÓN DE EXOSTOSIS NO ARTICULAR DE PIE POR ENDOSCOPIA	$ 661,061
4090	776901	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 230,432
4091	776902	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 3,569,900
4092	776920	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN HUESOS PELVIANOS	$ 545,560
4093	776921	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN HUESOS PELVIANOS	$ 3,817,100
4094	776929	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL CERVICOTORÁCICA	$ 1,884,824
4095	776930	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR O LATERAL TORACOABDOMINAL	$ 1,558,952
4096	776931	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 1,128,789
4097	776932	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCÍGEO VÍA ANTERIOR	$ 1,558,951
4098	776933	ESCISIÓN DE TUMOR (BENIGNO O MALIGNO) SACROCOCCÍGEO VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 1,120,824
4099	776934	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VÍA TRANSORAL ABIERTA	$ 1,884,824
4100	776935	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VÍA TRANSORAL O TRANSNASAL ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4101	776936	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL NIVEL C1 C2 VÍA ANTERIOR O LATERAL TRANSCERVICAL	$ 1,659,337
4102	776937	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VÍA ANTERIOR O LATERAL HASTA DOS VÉRTEBRAS	$ 1,884,824
4103	776938	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL SUBAXIAL VÍA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS	$ 1,358,728
4104	776939	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR O LATERAL	$ 1,973,222
4105	776940	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,884,824
4106	776941	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4107	776942	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4108	776943	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,884,824
4109	776944	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4110	776945	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4111	776946	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 1,973,222
4112	776947	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA POSTERIOR VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,920,905
4113	776948	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL DE LA UNIÓN CERVICOTORÁCICA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4114	776949	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,358,728
4115	776950	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,920,905

4116	776951	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,920,905
4117	776952	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,358,728
4118	776953	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,920,905
4119	776954	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,920,905
4120	776955	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,973,222
4121	776956	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4122	776957	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4123	776958	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,973,222
4124	776959	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4125	776960	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4126	776961	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,973,222
4127	776962	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,920,905
4128	776963	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,920,905
4129	776964	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,358,728
4130	776965	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,920,905
4131	776966	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL CUERPO O DISCO VERTEBRAL LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,920,905
4132	776967	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN SACRO VÍA ANTERIOR	$ 1,756,065
4133	776968	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN SACRO VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,796,046
4134	776969	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN SACRO VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,715,217
4135	776970	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,395,489
4136	776971	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,422,452
4137	776972	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA C1 C2 VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,422,452
4138	776973	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,395,489
4139	776974	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,422,452
4140	776975	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,422,452
4141	776976	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,395,489
4142	776977	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,422,452

4143	776978	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SUBAXIAL MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,422,452
4144	776979	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,422,452
4145	776980	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,422,452
4146	776981	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,422,452
4147	776982	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,422,452
4148	776983	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,422,452
4149	776984	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA TORÁCICO MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,422,452
4150	776985	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,395,489
4151	776986	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,422,452
4152	776987	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR HASTA DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,422,452
4153	776988	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,395,489
4154	776989	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,422,452
4155	776990	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,422,452
4156	776991	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SACRA VÍA ABIERTA	$ 1,395,489
4157	776992	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SACRA VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,422,452
4158	777001	TOMA DE INJERTOS ÓSEOS	$ 368,656
4159	777101	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE ESCÁPULA	$ 485,681
4160	777102	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CLAVÍCULA	$ 497,139
4161	777103	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE COSTILLA [COSTOCONDRAL] O ESTERNÓN	$ 348,000
4162	777201	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE HÚMERO	$ 511,892
4163	777301	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE RADIO O CÚBITO	$ 404,370
4164	777401	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE CARPO O METACARPO	$ 418,002
4165	777501	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE FÉMUR	$ 272,780
4166	777601	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE RÓTULA	$ 313,790
4167	777701	TOMA DE INJERTO DE TIBIA O PERONÉ	$ 337,754
4168	777801	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO	$ 251,540
4169	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILÍACO	$ 318,862
4170	778101	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA	$ 375,035
4171	778102	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA	$ 243,102
4172	778103	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVÍCULA, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 662,500
4173	778104	RESECCIÓN PARCIAL DE COSTILLAS	$ 377,838
4174	778105	RESECCIÓN PARCIAL DE ESTERNÓN	$ 375,298
4175	778201	RESECCIÓN DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA HUMERAL	$ 531,830
4176	778202	HEMI O DIAFISECTOMÍA DE HÚMERO	$ 602,298
4177	778203	RESECCIÓN DE CABEZA HUMERAL	$ 688,994
4178	778301	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN CÚBITO (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 579,690

4179	778302	RESECCIÓN DE EPÍFISIS DE CÚBITO	$ 230,412
4180	778303	RESECCIÓN PARCIAL DE DIÁFISIS EN RADIO	$ 602,298
4181	778304	RESECCIÓN DE CÚPULA DE RADIO	$ 235,133
4182	778305	RESECCIÓN DE OLÉCRANON	$ 238,443
4183	778306	RESECCIÓN DE CABEZA DE RADIO	$ 327,276
4184	778307	RESECCIÓN DE EPÍFISIS DE HUESO EN MIEMBRO SUPERIOR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 766,782
4185	778403	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESO DE CARPO VÍA ABIERTA	$ 544,846
4186	778404	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESO DE CARPO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 581,548
4187	778405	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VÍA ABIERTA	$ 623,519
4188	778406	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESO DE METACARPO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 687,839
4189	778501	HEMIDIAFISECTOMÍA EN FÉMUR	$ 617,565
4190	778601	RESECCIÓN PARCIAL DE RÓTULA O HEMIPATELECTOMÍA	$ 571,800
4191	778701	RESECCIÓN PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 585,691
4192	778702	RESECCIÓN PARCIAL DE PERONÉ (HEMIDIAFISECTOMÍA)	$ 337,053
4193	778703	HEMIDIAFISECTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ	$ 777,002
4194	778801	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS)	$ 311,871
4195	778901	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 252,744
4196	778902	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE MANO (UNA O MÁS)	$ 525,390
4197	778911	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 226,444
4198	778912	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MÁS)	$ 463,604
4199	778921	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS	$ 651,567
4200	778922	HEMIHEMIPELVECTOMÍA	$ 1,101,173
4201	778923	HEMIPELVECTOMÍA	$ 1,267,262
4202	778931	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSORAL	$ 2,333,703
4203	778932	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES POR ABORDAJE TRANSLATERAL	$ 2,195,168
4204	778933	RESECCIÓN DE APÓFISIS ODONTOIDES, POR CRANEOTOMÍA SUBOCCIPITAL	$ 2,195,168
4205	778942	CERVICOTOMÍA CERVICAL ANTERIOR	$ 2,994,691
4206	778954	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL TRANSORAL O TRANSNASAL	$ 3,693,846
4207	778955	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR	$ 3,269,284
4208	778956	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR	$ 2,687,817
4209	778957	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA LATERAL	$ 3,269,284
4210	778958	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA LATERAL	$ 3,269,284
4211	778959	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA POSTERIOR	$ 3,269,284
4212	778960	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICOTORÁCICA POR ESTERNOTOMÍA	$ 3,269,284
4213	778961	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL	$ 3,293,775
4214	778962	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA	$ 3,372,726
4215	778963	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL TORÁCICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA	$ 3,372,726
4216	778964	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL TORÁCICA VÍA POSTERIOR	$ 3,246,369
4217	778965	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL	$ 3,372,726
4218	778966	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL	$ 3,097,670
4219	778967	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL LUMBAR VÍA POSTERIOR	$ 3,246,369
4220	778968	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VÍA ANTERIOR	$ 1,884,824
4221	778969	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL DE COLUMNA SACRA VÍA POSTERIOR	$ 2,073,006
4222	779101	RESECCIÓN TOTAL DE ESCÁPULA	$ 521,392
4223	779102	RESECCIÓN TOTAL DE CLAVÍCULA	$ 386,104
4224	779105	RESECCIÓN TOTAL DE ESTERNÓN	$ 849,695
4225	779131	RESECCIÓN TOTAL DE COSTILLA O COSTOCONDRECTOMÍA (UNA O MÁS)	$ 798,371
4226	779134	RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA	$ 1,242,141
4227	779201	RESECCIÓN DE HÚMERO (PROXIMAL O DISTAL)	$ 804,825
4228	779202	RESECCIÓN RADICAL DE HÚMERO SIN INJERTO	$ 773,090

4229	779203	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE HÚMERO CON INJERTO	$ 941,582
4230	779301	RESECCIÓN TOTAL O RADICAL DE CÚBITO O RADIO	$ 711,446
4231	779402	CARPECTOMÍA (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 664,486
4232	779403	CARPECTOMÍA (CADA UNO) VÍA ARTROSCÓPICA	$ 745,091
4233	779404	RESECCIÓN TOTAL DE HUESO DE METACARPO VÍA ABIERTA	$ 544,846
4234	779501	RESECCIÓN TOTAL DE FÉMUR	$ 825,358
4235	779601	RESECCIÓN TOTAL DE RÓTULA O PATELECTOMÍA	$ 577,614
4236	779701	RESECCIÓN TOTAL DE LA TIBIA O PERONÉ	$ 670,286
4237	779801	RESECCIÓN TOTAL RADICAL DEL TARSO O METATARSO	$ 622,409
4238	779802	ASTRAGALECTOMÍA	$ 655,286
4239	779901	RESECCIÓN TOTAL DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 243,986
4240	779902	RESECCIÓN TOTAL DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 204,584
4241	779941	RESECCIÓN TOTAL DE CÓCCIX [COCCIGECTOMÍA]	$ 843,828
4242	779942	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL TRANSORAL	$ 2,850,082
4243	779943	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR	$ 3,558,607
4244	779944	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR	$ 3,528,534
4245	779945	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA LATERAL	$ 3,528,534
4246	779946	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA LATERAL	$ 3,528,534
4247	779947	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA POSTERIOR	$ 3,528,534
4248	779948	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA POSTERIOR	$ 3,528,534
4249	779949	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICOTORÁCICA POR ESTERNOTOMÍA UN SEGMENTO	$ 3,558,607
4250	779950	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICOTORÁCICA POR ESTERNOTOMÍA MÁS DE UN SEGMENTO	$ 3,558,607
4251	779951	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4252	779952	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MÁS DE UN SEGMENTO	$ 3,595,685
4253	779953	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4254	779954	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA MÁS DE UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4255	779955	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4256	779956	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA MÁS DE UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4257	779957	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA VÍA POSTERIOR UN SEGMENTO	$ 2,964,347
4258	779958	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA VÍA POSTERIOR MÁS DE UN SEGMENTO	$ 2,964,347
4259	779959	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4260	779960	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MÁS DE UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4261	779961	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4262	779962	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL MÁS DE UN SEGMENTO	$ 3,744,800
4263	779963	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR VÍA POSTERIOR UN SEGMENTO	$ 3,524,603
4264	779964	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR VÍA POSTERIOR MÁS DE UN SEGMENTO	$ 3,524,603
4265	779965	VERTEBRECTOMÍA TOTAL DE COLUMNA SACRA VÍA ANTERIOR UN SEGMENTO	$ 1,116,003
4266	779966	VERTEBRECTOMÍA TOTAL DE COLUMNA SACRA VÍA ANTERIOR MÁS DE UN SEGMENTO	$ 1,719,170
4267	779967	VERTEBRECTOMÍA TOTAL DE COLUMNA SACRA VÍA POSTERIOR UN SEGMENTO	$ 1,144,048
4268	779968	VERTEBRECTOMÍA TOTAL DE COLUMNA SACRA VÍA POSTERIOR MÁS DE UN SEGMENTO	$ 1,144,048
4269	780101	INJERTO ÓSEO EN CLAVÍCULA	$ 445,160
4270	780102	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN CLAVÍCULA VÍA ABIERTA	$ 1,197,704
4271	780103	INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA VÍA ABIERTA	$ 581,548
4272	780104	INJERTO ÓSEO EN ESCÁPULA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 766,782

4273	780105	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN ESCÁPULA VÍA ABIERTA	$ 1,197,704
4274	780106	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN ESCÁPULA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,197,704
4275	780201	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO	$ 623,596
4276	780202	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN HÚMERO	$ 937,754
4277	780301	INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO	$ 639,014
4278	780401	INJERTO ÓSEO EN HUESOS DEL CARPO (EXCEPTO ESCAFOIDES)	$ 333,182
4279	780402	INJERTO ÓSEO EN ESCAFOIDES	$ 591,529
4280	780403	INJERTO ÓSEO EN METACARPIANOS (UNO O MÁS)	$ 511,564
4281	780404	INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO EN ESCAFOIDES	$ 766,782
4282	780501	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR	$ 758,238
4283	780502	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE FÉMUR	$ 916,472
4284	780503	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FÉMUR	$ 859,117
4285	780601	INJERTO ÓSEO EN RÓTULA	$ 331,104
4286	780701	INJERTO ÓSEO EN TIBIA O PERONÉ	$ 711,712
4287	780702	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE TIBIA	$ 933,573
4288	780703	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA	$ 928,368
4289	780705	INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONÉ	$ 711,712
4290	780706	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE PERONÉ	$ 933,573
4291	780801	INJERTO ÓSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 257,756
4292	780901	APLICACIÓN DE INJERTO ÓSEO EN FALANGE DE LA MANO	$ 457,056
4293	780902	INJERTO ÓSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MÁS)	$ 247,957
4294	780903	INJERTO ÓSEO EN MANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 451,718
4295	780904	INJERTO ÓSEO CON CARTÍLAGO EN MANO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 451,718
4296	780905	APLICACIÓN DE INJERTO ESTRUCTURAL EN PIE	$ 266,528
4297	780920	INJERTO ÓSEO EN PELVIS	$ 700,580
4298	780921	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN PELVIS	$ 933,573
4299	780931	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR	$ 1,291,891
4300	780932	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR	$ 1,035,846
4301	781201	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN HÚMERO	$ 486,906
4302	781202	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EN CODO	$ 239,460
4303	781301	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CÚBITO	$ 364,852
4304	781302	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CÚBITO	$ 444,295
4305	781304	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA	$ 477,121
4306	781401	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN MANO	$ 470,376
4307	781501	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN FÉMUR	$ 480,085
4308	781502	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO	$ 492,897
4309	781503	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO PARA TRACCIÓN ESQUELÉTICA EN MUSLO (TRANSCONDÍLEA)	$ 261,858
4310	781601	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO RODILLA	$ 492,897
4311	781701	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONÉ	$ 405,464
4312	781702	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONÉ	$ 551,530
4313	781703	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE	$ 471,162
4314	781704	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN TRANSTIBIAL	$ 265,584
4315	781801	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO PIE	$ 405,464
4316	781802	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO EN PIE (CALCÁNEO)	$ 253,311
4317	781901	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE MANO	$ 265,584
4318	781902	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE PIE	$ 266,528
4319	781920	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VÍA ANTERIOR O POSTERIOR	$ 445,313
4320	781930	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN COLUMNA VERTEBRAL	$ 15,482,243
4321	782101	EPIFISIODESIS ABIERTA DE HÚMERO	$ 428,705
4322	782102	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE HÚMERO	$ 859,044

4323	782103	GRAPADO EPIFISIARIO DE HÚMERO	$ 1,308,265
4324	782104	ACORTAMIENTO DE HÚMERO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 673,183
4325	782211	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO O RADIO	$ 380,948
4326	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO Y RADIO	$ 500,271
4327	782221	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE CÚBITO O RADIO	$ 215,039
4328	782223	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE RADIO Y CÚBITO	$ 345,428
4329	782231	GRAPADO EPIFISIARIO DE CÚBITO O RADIO	$ 266,528
4330	782233	GRAPADO EPIFISIARIO DE RADIO Y CÚBITO	$ 449,656
4331	782241	ACORTAMIENTO DE CÚBITO O RADIO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 529,688
4332	782243	ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 777,942
4333	782311	EPIFISIODESIS ABIERTA DE METACARPIANOS	$ 2,490,900
4334	782321	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE METACARPIANOS	$ 603,241
4335	782331	GRAPADO EPIFISIARIO DE METACARPIANOS	$ 2,490,900
4336	782341	RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) DE CARPIANOS O METACARPIANOS PARA ACORTAMIENTO	$ 464,778
4337	782401	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FÉMUR	$ 535,956
4338	782402	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FÉMUR	$ 404,695
4339	782403	GRAPADO EPIFISIARIO DE FÉMUR	$ 711,712
4340	782404	ACORTAMIENTO DE FÉMUR MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 710,761
4341	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ	$ 444,977
4342	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ	$ 667,182
4343	782521	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA O PERONÉ	$ 343,835
4344	782523	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA Y PERONÉ	$ 522,242
4345	782531	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA O PERONÉ	$ 603,241
4346	782533	GRAPADO EPIFISIARIO DE TIBIA Y PERONÉ	$ 859,044
4347	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 474,957
4348	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)	$ 663,658
4349	782611	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)	$ 1,270,859
4350	782621	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)	$ 470,745
4351	782631	GRAPADO EPIFISIARIO DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNA O MÁS)	$ 1,205,092
4352	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	$ 338,820
4353	782711	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 685,413
4354	782721	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 543,107
4355	782731	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 694,185
4356	782741	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE MANO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	$ 486,487
4357	782751	EPIFISIODESIS ABIERTA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 628,831
4358	782761	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 581,548
4359	782771	GRAPADO EPIFISIARIO DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 1,984,600
4360	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)	$ 408,539
4361	783001	TRANSPOSICIÓN ÓSEA EN HUESOS LARGOS CON COLOCACIÓN DE TUTOR EXTERNO	$ 1,027,631
4362	783201	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA	$ 1,053,720
4363	783202	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA	$ 983,673
4364	783203	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,166,923
4365	783204	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,166,923
4366	783301	ALARGAMIENTO DE RADIO O CÚBITO POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 605,792

4367	783302	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 977,371
4368	783305	ALARGAMIENTO DE CÚBITO O RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA	$ 2,213,226
4369	783306	ALARGAMIENTO DE CÚBITO Y RADIO PROGRESIVO CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA	$ 2,213,226
4370	783307	ALARGAMIENTO DE RADIO O CÚBITO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 2,213,226
4371	783308	ALARGAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,197,704
4372	783401	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 825,484
4373	783402	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 825,484
4374	783403	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,122,114
4375	783404	ALARGAMIENTO DE METACARPIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,122,114
4376	783501	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 987,649
4377	783502	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,225,994
4378	783503	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 995,480
4379	783504	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,222,071
4380	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,225,255
4381	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,244,984
4382	783703	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 847,440
4383	783704	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,071,135
4384	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA) "	$ 991,572
4385	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,248,841
4386	783707	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 852,084
4387	783708	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,075,249
4388	783801	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,757,460
4389	783802	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,757,123
4390	783803	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,144,048
4391	783804	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 1,144,048
4392	783805	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,757,460

4393	783806	ALARGAMIENTO DE TARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,757,460
4394	783807	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,090,743
4395	783808	ALARGAMIENTO DE METATARSIANOS (UNO O MÁS) POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,122,114
4396	783901	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO CON INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 825,484
4397	783902	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,122,114
4398	783903	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE MANO POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 1,090,743
4399	783911	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 603,241
4400	783912	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA	$ 603,241
4401	783913	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 973,785
4402	783914	ALARGAMIENTO DE FALANGES DE PIE POR TÉCNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)	$ 603,241
4403	784101	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE CLAVÍCULA	$ 206,943
4404	784102	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE ESCÁPULA	$ 206,943
4405	784103	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE HÚMERO	$ 206,943
4406	784104	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE CÚBITO	$ 206,943
4407	784105	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE RADIO	$ 206,943
4408	784106	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE HUESOS DEL CARPO	$ 206,943
4409	784107	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE METACARPIANO	$ 206,943
4410	784108	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE FALANGES DE MANO	$ 206,943
4411	784109	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE SACROILÍACA	$ 227,207
4412	784110	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE COLUMNA ANTERIOR DEL ACETÁBULO	$ 1,166,923
4413	784111	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE COLUMNA POSTERIOR DEL ACETÁBULO "	$ 227,207
4414	784112	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE PARED POSTERIOR ACETÁBULO	$ 206,943
4415	784113	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE LAS RAMAS ÍLIO O ISQUIOPÚBICA	$ 206,943
4416	784114	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE CUELLO FEMORAL	$ 206,943
4417	784115	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE FÉMUR	$ 206,943
4418	784116	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE RÓTULA	$ 206,943
4419	784117	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE TIBIA	$ 227,207
4420	784118	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE PERONÉ	$ 206,943
4421	784119	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE ASTRÁGALO	$ 206,943
4422	784120	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE CALCÁNEO	$ 206,943
4423	784121	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE HUESOS DEL TARSO	$ 206,943
4424	784122	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE METATARSIANOS	$ 206,943
4425	784123	REPARACIÓN DE PSEUDOARTROSIS DE FALANGES DE PIE	$ 206,943
4426	785101	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 483,588
4427	785201	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO	$ 625,425
4428	785301	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RADIO O CÚBITO	$ 591,184
4429	785401	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 480,383
4430	785501	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FÉMUR	$ 1,062,872
4431	785601	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE RÓTULA	$ 314,489
4432	785801	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 395,076

4433	785901	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 541,606
4434	786001	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESO NO ESPECIFICADO	$ 470,745
4435	786002	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESO NO ESPECIFICADO, VÍA ABIERTA	$ 370,127
4436	786101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 250,978
4437	786102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN), VÍA ABIERTA	$ 335,607
4438	786201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HÚMERO	$ 338,906
4439	786202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO, VÍA ABIERTA	$ 357,996
4440	786301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CÚBITO	$ 245,869
4441	786302	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO, VÍA ABIERTA	$ 190,874
4442	786401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS)	$ 468,770
4443	786402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS), VÍA ABIERTA	$ 543,107
4444	786501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FÉMUR	$ 332,268
4445	786502	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR, VÍA ABIERTA	$ 452,984
4446	786601	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RÓTULA	$ 294,194
4447	786602	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA, VÍA ABIERTA	$ 137,036
4448	786701	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONÉ	$ 420,047
4449	786702	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ, VÍA ABIERTA	$ 230,412
4450	786801	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)	$ 230,583
4451	786802	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 221,417
4452	786901	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO	$ 242,910
4453	786902	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO, VÍA ABIERTA	$ 242,910
4454	786910	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE "	$ 227,461
4455	786911	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE, VÍA ABIERTA	$ 350,899
4456	786920	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS	$ 288,585
4457	786921	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VÍA ABIERTA	$ 364,852
4458	786930	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA ANTERIOR	$ 530,091
4459	786931	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA ANTERIOR	$ 643,570
4460	786932	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA LATERAL	$ 837,352
4461	786935	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR	$ 464,778
4462	786936	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA POSTERIOR	$ 530,091
4463	787101	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 251,013
4464	787201	OSTEOCLASTIA DE HÚMERO	$ 485,441
4465	787301	OSTEOCLASTIA DE RADIO O CÚBITO	$ 559,242
4466	787401	OSTEOCLASTIA DE CARPIANOS O METACARPIANOS	$ 191,741
4467	787501	OSTEOCLASTIA DE FÉMUR	$ 600,344
4468	787601	OSTEOCLASTIA DE RÓTULA	$ 243,475
4469	787701	OSTEOCLASTIA DE TIBIA O PERONÉ	$ 410,709
4470	787801	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 198,535
4471	787901	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO	$ 228,635
4472	787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE	$ 201,112
4473	789201	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DEL CRECIMIENTO ÓSEO DE HÚMERO	$ 3,323,700
4474	789301	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CÚBITO	$ 2,181,300

4475	789302	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO	$ 2,181,300
4476	789303	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE RADIO Y CÚBITO	$ 2,181,300
4477	789401	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS"	$ 2,875,183
4478	789402	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE METACARPIANOS	$ 5,221,300
4479	789403	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE CARPIANOS Y METACARPIANOS	$ 2,181,300
4480	789701	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE PERONÉ	$ 2,181,300
4481	789702	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA	$ 2,181,300
4482	789703	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TIBIA Y PERONÉ	$ 2,181,300
4483	789801	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS	$ 2,181,300
4484	789802	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE METATARSIANOS	$ 2,181,300
4485	789803	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE TARSIANOS Y METATARSIANOS	$ 2,181,300
4486	789901	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE FALANGES	$ 2,181,300
4487	789920	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR DE CRECIMIENTO ÓSEO DE HUESOS PELVIANOS	$ 2,181,300
4488	790101	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN)	$ 139,770
4489	790201	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO	$ 314,489
4490	790301	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)	$ 269,136
4491	790302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO	$ 248,688
4492	790401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	$ 253,311
4493	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)	$ 227,461
4494	790501	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA"	$ 522,850
4495	790601	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	$ 198,535
4496	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA	$ 266,528
4497	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ	$ 266,528
4498	790801	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO	$ 201,112
4499	790901	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE MANO (UNA O MÁS)	$ 238,443
4500	790902	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)	$ 192,860
4501	790920	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS	$ 251,022
4502	790930	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON HALOYESO O HALOCHAQUETA	$ 251,022
4503	790931	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON DISPOSITIVO	$ 220,595
4504	790932	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACIÓN	$ 251,022
4505	790933	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE SACRO O SACROILÍACA O COCCÍGEA	$ 141,584
4506	791101	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)	$ 183,272
4507	791102	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE LESIONES INTRAARTICULARES DE HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 191,868
4508	791201	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO (EPÍFISIS O DIÁFISIS), PERCUTÁNEA CON PINES	$ 532,021
4509	791301	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN	$ 397,271
4510	791302	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN	$ 470,376
4511	791401	FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 1,148,952

4512	791402	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO	$ 524,599
4513	791404	REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO"	$ 612,678
4514	791405	REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HUESO DE CARPO CON DISPOSITIVO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 687,839
4515	791501	REDUCCIÓN INDIRECTA CON FIJACIÓN INTERNA DE CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA	$ 555,994
4516	791502	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 543,567
4517	791503	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 537,286
4518	791601	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA	$ 449,656
4519	791701	REDUCCIÓN INDIRECTA DE PILÓN CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 754,679
4520	791702	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,192,134
4521	791703	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 924,622
4522	791704	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DE LA TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 878,432
4523	791705	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA	$ 657,024
4524	791740	REVISIÓN ENDOSCÓPICA DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN (OSTEOSÍNTESIS) DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA	$ 766,782
4525	791901	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO	$ 555,117
4526	791930	REDUCCIÓN DE FRACTURA, DESCOMPRESIÓN CON INSTRUMENTACIÓN, EN SEGMENTO TORÁCICO O LUMBAR, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,984,600
4527	792101	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MÁS COSTILLAS	$ 449,281
4528	792102	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE ESCÁPULA O CLAVÍCULA	$ 357,996
4529	792103	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES	$ 369,477
4530	792201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO	$ 639,157
4531	792301	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO	$ 519,394
4532	792302	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO "	$ 682,224
4533	792401	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO	$ 511,564
4534	792402	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESO DEL CARPO O METACARPO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 666,146
4535	792501	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA	$ 970,750
4536	792601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE RÓTULA SIN FIJACIÓN INTERNA	$ 610,175
4537	792801	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)	$ 242,910
4538	792901	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE MANO	$ 529,374
4539	792902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE	$ 299,392
4540	792920	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HUESOS PELVIANOS	$ 835,394
4541	793101	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) DE CLAVÍCULA	$ 480,162
4542	793102	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA	$ 560,690
4543	793103	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE COSTILLA O ESTERNÓN	$ 509,283
4544	793201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 651,590
4545	793202	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 688,994
4546	793203	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 673,183

4547	793204	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 673,183
4548	793205	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) "	$ 688,198
4549	793206	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 674,163
4550	793210	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 702,241
4551	793301	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 576,420
4552	793302	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CÚBITO O DE OLÉCRANON CON FIJACIÓN INTERNA	$ 569,980
4553	793303	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 571,808
4554	793304	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CÚPULA RADIAL) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 570,721
4555	793305	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 768,229
4556	793306	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 769,025
4557	793307	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 773,090
4558	793403	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 732,432
4559	793404	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 745,091
4560	793405	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACIÓN INTERNA	$ 711,712
4561	793406	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 741,625
4562	793501	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 994,191
4563	793502	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 930,276
4564	793601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RÓTULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 688,835
4565	793707	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 627,028
4566	793708	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 858,802
4567	793709	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 826,498
4568	793710	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 903,580
4569	793711	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 657,024
4570	793712	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA "	$ 657,024
4571	793713	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 792,015
4572	793714	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 649,139
4573	793715	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 890,808
4574	793716	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 793,127
4575	793717	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 850,956
4576	793718	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 870,846
4577	793719	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA	$ 783,016
4578	793801	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 580,486
4579	793802	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 474,957
4580	793804	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CALCÁNEO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 820,348

4581	793901	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE MANO (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 580,486
4582	793902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 520,103
4583	793910	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DEL ILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 924,302
4584	793911	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RAMAS PÚBIS CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 586,490
4585	793912	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SÍNFISIS PÚBICA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 598,386
4586	793920	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 905,727
4587	793921	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 1,038,554
4588	793922	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE LÁMINA CUADRILÁTERA CON ABORDAJE ANTERIOR MÁS VENTANA LATERAL ILIOINGUINAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1,223,952
4589	793930	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA ANTERIOR	$ 2,077,205
4590	793932	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ODONTOIDES VÍA POSTERIOR	$ 1,665,732
4591	793935	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA ANTERIOR	$ 1,713,028
4592	793937	REDUCCIÓN DE FRACTURA OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR	$ 1,665,732
4593	793940	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA ANTERIOR	$ 1,874,797
4594	793942	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA POSTERIOR "	$ 1,695,779
4595	793944	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA ANTERIOR	$ 1,870,397
4596	793946	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA POSTERIOR	$ 1,691,378
4597	793950	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA); VÍA ANTERIOR	$ 2,355,698
4598	793952	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA), VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL	$ 1,143,558
4599	794101	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO SIN FIJACIÓN	$ 294,194
4600	794102	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO CON FIJACIÓN	$ 470,376
4601	794201	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO SIN FIJACIÓN	$ 168,236
4602	794202	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN	$ 214,529
4603	794203	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN	$ 250,102
4604	794204	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN	$ 371,385
4605	794501	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR SIN FIJACIÓN	$ 407,366
4606	794502	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR CON FIJACIÓN	$ 472,841
4607	794601	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 245,623
4608	794602	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 295,313
4609	794603	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 425,163
4610	794604	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 489,557
4611	795101	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO	$ 554,013
4612	795102	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO	$ 820,560
4613	795201	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO SIN FIJACIÓN	$ 522,398
4614	795202	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN	$ 593,775
4615	795203	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN "	$ 673,429
4616	795204	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN	$ 776,194
4617	795501	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR	$ 831,253
4618	795502	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR	$ 855,140
4619	795601	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 498,748
4620	795602	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 681,109

4621	795603	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN	$ 783,018
4622	795604	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN	$ 877,771
4623	796101	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO	$ 500,633
4624	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CÚBITO O RADIO	$ 426,016
4625	796301	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA O EXPUESTA EN MANO (EXCEPTO FALANGES)	$ 444,739
4626	796401	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURAS EXPUESTAS DE FALANGES EN MANO	$ 210,007
4627	796501	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR	$ 507,772
4628	796601	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ	$ 415,678
4629	796701	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TARSIANOS O METATARSIANOS	$ 418,938
4630	796801	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE	$ 247,444
4631	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE RÓTULA	$ 430,790
4632	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS	$ 426,892
4633	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA	$ 779,091
4634	797101	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO	$ 227,913
4635	797201	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO	$ 227,913
4636	797301	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN MUÑECA	$ 375,052
4637	797401	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPIANA	$ 374,290
4638	797402	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN CARPOMETACARPIANA	$ 374,290
4639	797403	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 396,037
4640	797404	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 350,899
4641	797501	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)	$ 188,663
4642	797502	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	$ 358,584
4643	797503	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA CON TENOTOMÍA DE ADUCTORES O PSOAS	$ 779,563
4644	797601	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RODILLA	$ 204,584
4645	797602	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TIBIOPERONERA PROXIMAL	$ 204,584
4646	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE RÓTULA	$ 154,196
4647	797701	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)	$ 303,360
4648	797801	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO -METATARSIANOS	$ 196,881
4649	797802	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO -METATARSIANOS CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA	$ 206,447
4650	797803	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓNES METATARSO -FALÁNGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE	$ 186,100
4651	797901	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR	$ 540,754
4652	797902	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE SACRO Y CÓCCIX	$ 160,800
4653	798101	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR	$ 433,265
4654	798102	REDUCCIÓN ABIERTA DE LA LUXACIÓN GLENOHUMERAL	$ 598,386
4655	798103	REDUCCIÓN ABIERTA DE LA LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR	$ 603,241
4656	798106	FIJACIÓN DE ESCÁPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE ESCAPULA ALADA)	$ 937,155
4657	798201	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE LA CABEZA RADIAL	$ 523,783
4658	798302	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN RADIOCUBITAL VÍA ABIERTA	$ 470,376
4659	798303	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN RADIOCUBITAL VÍA ARTROSCÓPICA	$ 492,436
4660	798401	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPIANA VÍA ABIERTA	$ 742,730
4661	798402	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPIANA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 910,895
4662	798403	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPO -METACARPIANA VÍA ABIERTA	$ 749,859
4663	798404	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPO -METACARPIANA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 910,895
4664	798405	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA VÍA ABIERTA	$ 931,264

4665	798406	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 970,406
4666	798501	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA	$ 911,689
4667	798502	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE CADERA	$ 776,194
4668	798601	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE LA RODILLA	$ 659,209
4669	798602	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RÓTULA	$ 567,905
4670	798701	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)	$ 657,024
4671	798801	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TARSO -METATARSIANOS (UNO O MÁS) CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN	$ 576,216
4672	798901	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CERVICAL	$ 1,031,458
4673	799101	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN HOMBRO	$ 227,913
4674	799201	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL [MONTEGGIA -GALLEAZI]	$ 277,869
4675	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE CODO	$ 368,656
4676	799203	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 470,376
4677	799204	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 711,712
4678	799301	REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN DE LUXOFRACTURA DE BENNET	$ 573,002
4679	799302	REDUCCIÓN CERRADA Y FIJACIÓN DE LUXOFRACTURA DE BENNET	$ 454,730
4680	799401	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO (UNA O MÁS ARTICULACIONES)	$ 666,598
4681	799402	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO VÍA ARTROSCÓPICA "	$ 859,044
4682	799501	REDUCCIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA	$ 353,948
4683	799502	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DEL ILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
4684	799503	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA SACROILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
4685	799504	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA EN RAMAS PÚBIS CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
4686	799505	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA EN SÍNFISIS PÚBICA CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
4687	799506	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
4688	799507	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA	$ 368,656
4689	799601	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	$ 470,975
4690	799602	REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACIÓN INTERNA POR ARTROSCOPIA	$ 1,192,134
4691	799701	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXO -FRACTURA TOBILLO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)	$ 488,737
4692	799702	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO	$ 169,873
4693	799703	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO	$ 576,416
4694	799704	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO	$ 820,560
4695	799710	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 1,282,309
4696	799803	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)	$ 649,712
4697	799804	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)	$ 732,432
4698	799805	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HALLUX	$ 702,467
4699	799806	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS SESAMOIDEOS	$ 687,839
4700	799807	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESO DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	$ 687,839

4701	800101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	$ 538,526
4702	800102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	$ 604,353
4703	800103	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 655,200
4704	800104	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 766,782
4705	800201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMÍA	$ 173,231
4706	800202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMÍA	$ 559,210
4707	800301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	$ 278,185
4708	800302	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	$ 536,973
4709	800401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MANO Y DEDO POR ARTROTOMÍA	$ 204,584
4710	800402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACIÓN DE MANO POR ARTROTOMÍA	$ 350,899
4711	800501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMÍA	$ 511,617
4712	800502	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMÍA	$ 724,812
4713	800601	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	$ 294,194
4714	800602	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMÍA	$ 549,018
4715	800701	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA	$ 226,444
4716	800702	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA	$ 547,947
4717	800801	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA	$ 227,461
4718	800802	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMÍA	$ 450,084
4719	801101	ARTROTOMÍA DE HOMBRO CON EXPLORACIÓN DE ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR	$ 489,787
4720	801201	ARTROTOMÍA DE CODO	$ 574,024
4721	801301	ARTROTOMÍA DE MUÑECA	$ 683,441
4722	801401	ARTROTOMÍA EN MANO	$ 225,872
4723	801501	ARTROTOMÍA DE PELVIS	$ 868,683
4724	801601	ARTROTOMÍA DE RODILLA	$ 558,738
4725	801701	ARTROTOMÍA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE	$ 331,873
4726	801801	ARTROTOMÍA EN PIE	$ 245,502
4727	802101	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE HOMBRO	$ 468,556
4728	802201	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE CODO	$ 415,018
4729	802301	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE MUÑECA	$ 468,556
4730	802401	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE FALANGES (UNA O MÁS) DE MANO	$ 442,383
4731	802501	ARTROSCOPIA DE PELVIS	$ 583,161
4732	802502	ARTROSCOPIA DE CADERA	$ 687,839
4733	802601	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA	$ 491,012
4734	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO	$ 403,958
4735	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)	$ 399,370
4736	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 217,609
4737	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VÍA ABIERTA	$ 204,584
4738	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VÍA ABIERTA	$ 204,584
4739	803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VÍA ABIERTA	$ 204,584
4740	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 266,528
4741	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 232,817
4742	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 204,584
4743	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VÍA ABIERTA	$ 204,584
4744	804001	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR	$ 953,776
4745	804002	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTERESPINOSO O INTERFACETARIO O INTERLAMINAR	$ 3,569,900
4746	804101	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 920,640
4747	804201	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CODO	$ 845,577
4748	804301	CAPSULOTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 470,376
4749	804302	CAPSULOTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 315,242

4750	804303	DESBRIDAMIENTO DE FIBROCARTÍLAGO TRIANGULAR O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 835,895
4751	804304	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 928,250
4752	804310	LIBERACIÓN DE BANDAS CONSTRICTIVAS	$ 426,500
4753	804401	CAPSULODESIS EN MANO	$ 426,500
4754	804501	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 892,846
4755	804502	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE CADERA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 892,846
4756	804503	RESECCIÓN O PLICATURA DE LIGAMENTO REDONDO VÍA ABIERTA	$ 932,586
4757	804504	RESECCIÓN O PLICATURA DE LIGAMENTO REDONDO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 932,586
4758	804601	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE RODILLA	$ 758,234
4759	804701	DIVISIÓN DE CÁPSULA, LIGAMENTO O CARTÍLAGO ARTICULAR DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 792,184
4760	804802	CORRECCIÓN DE VARO METATARSIANO O PIE ADUCTO [HEYMAN - HERNDON -STRONG]	$ 991,997
4761	804803	LIBERACIÓN DE PIE TALO [GOLDNER]	$ 1,468,564
4762	805106	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR ABIERTA "	$ 1,689,208
4763	805107	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR PERCUTÁNEO	$ 1,281,751
4764	805108	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,941,587
4765	805109	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,297,068
4766	805111	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEO	$ 1,359,187
4767	805112	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,237,971
4768	805115	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 1,689,208
4769	805116	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 1,167,441
4770	805117	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 2,093,658
4771	805118	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,182,512
4772	805119	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,237,971
4773	805120	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO TORÁCICO VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,223,952
4774	805124	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 1,709,928
4775	805126	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
4776	805127	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 1,965,404
4777	805128	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR ABIERTA	$ 1,319,795
4778	805129	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
4779	805130	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA	$ 1,223,952
4780	805201	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL CERVICAL	$ 977,244
4781	805202	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL TORÁCICA	$ 977,244
4782	805203	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL LUMBAR	$ 977,244
4783	805903	ABLACIÓN DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA	$ 943,158
4784	805904	ABLACIÓN DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 859,044
4785	805905	ABLACIÓN DE DISCO CERVICAL (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 859,044

4786	805906	ABLACIÓN DE DISCO TORÁCICO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA	$ 943,158
4787	805907	ABLACIÓN DE DISCO TORÁCICO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 859,044
4788	805908	ABLACIÓN DE DISCO TORÁCICO (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 859,044
4789	805909	ABLACIÓN DE DISCO LUMBAR (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA	$ 943,158
4790	805910	ABLACIÓN DE DISCO LUMBAR (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 859,044
4791	805911	ABLACIÓN DE DISCO LUMBAR (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA ENDOSCÓPICA "	$ 859,044
4792	805912	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL CERVICAL (FORAMINOPLASTIA) VÍA ABIERTA	$ 859,044
4793	805913	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL CERVICAL (FORAMINOPLASTIA) VÍA PERCUTÁNEA	$ 859,044
4794	805914	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL CERVICAL (FORAMINOPLASTIA) VÍA ENDOSCÓPICA	$ 859,044
4795	805915	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL TORÁCICO (FORAMINOPLASTIA) VÍA ABIERTA	$ 859,044
4796	805916	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL TORÁCICO (FORAMINOPLASTIA) VÍA PERCUTÁNEA	$ 859,044
4797	805917	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL TORÁCICO (FORAMINOPLASTIA) VÍA ENDOSCÓPICA	$ 859,044
4798	805918	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VÍA ABIERTA	$ 859,044
4799	805919	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VÍA PERCUTÁNEA	$ 859,044
4800	805920	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VÍA ENDOSCÓPICA	$ 859,044
4801	806101	MENISCECTOMÍA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 616,194
4802	806102	MENISECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 917,046
4803	806103	MENISCECTOMÍA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 819,214
4804	806104	MENISCECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,360,480
4805	807001	RESECCIÓN COMPLETA O PARCIAL DE MEMBRANA SINOVIAL	$ 360,874
4806	807101	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 576,216
4807	807102	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL VÍA ABIERTA	$ 553,156
4808	807103	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 819,024
4809	807104	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,034,076
4810	807201	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 470,376
4811	807202	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL VÍA ABIERTA	$ 549,018
4812	807203	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 819,024
4813	807204	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,034,076
4814	807301	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 350,899
4815	807302	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 657,024
4816	807303	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 599,631
4817	807304	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,011,379
4818	807401	SINOVECTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 360,874
4819	807402	SINOVECTOMÍA EN CARPO VÍA ABIERTA	$ 307,269
4820	807403	SINOVECTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 555,496
4821	807404	SINOVECTOMÍA DE FALANGES (UNA O MÁS) POR ARTROSCOPIA	$ 600,436
4822	807501	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA, VÍA ABIERTA	$ 435,120
4823	807502	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA, VÍA ABIERTA	$ 820,560
4824	807503	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA, POR ARTROSCOPIA	$ 792,184
4825	807504	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA, POR ARTROSCOPIA	$ 984,223
4826	807601	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL VÍA ABIERTA "	$ 576,216
4827	807602	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 811,138
4828	807603	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 977,105
4829	807604	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,168,793
4830	807705	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO ANTERIOR VÍA ABIERTA	$ 437,704
4831	807706	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 732,432
4832	807707	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO ANTERIOR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 932,586
4833	807708	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO POSTERIOR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,154,320
4834	807801	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 470,376
4835	807802	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VÍA ARTROSCOPICA	$ 492,436
4836	807803	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 470,376

4837	807804	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ARTROSCOPICA	$ 492,436
4838	808011	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 266,528
4839	808012	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 928,250
4840	808021	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO VÍA ABIERTA	$ 266,528
4841	808022	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO POR ARTROSCOPIA	$ 928,250
4842	808031	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA O PUÑO VÍA ABIERTA	$ 518,506
4843	808032	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 928,250
4844	808041	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS VÍA ABIERTA	$ 493,758
4845	808042	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA	$ 914,868
4846	808051	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 449,656
4847	808052	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 893,060
4848	808061	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 247,957
4849	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 814,478
4850	808071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 365,905
4851	808072	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 913,150
4852	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VÍA ABIERTA	$ 352,163
4853	808074	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 385,946
4854	808075	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALÁNGICA VÍA ABIERTA	$ 368,656
4855	808076	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSOFALÁNGICA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 385,946
4856	808077	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE FALANGES DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 368,656
4857	808101	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 368,656
4858	808102	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA "	$ 848,645
4859	808112	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 928,250
4860	808114	REMOCIÓN DE EXOSTOSIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 1,035,179
4861	808201	RESECCIÓN DE HIGROMA DE CODO	$ 311,390
4862	808202	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE CODO POR ARTROSCOPIA	$ 833,317
4863	808204	REMOCIÓN DE PLICAS DE CODO POR ARTROSCOPIA	$ 816,091
4864	808302	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA	$ 877,190
4865	808402	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE FALANGES (UNA O MÁS) POR ARTROSCOPIA	$ 600,436
4866	808502	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 902,999
4867	808601	RESECCIÓN DE HIGROMA DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 327,276
4868	808602	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 928,250
4869	808604	RESECCIÓN DE PLICAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 544,560
4870	808702	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 839,975
4871	808703	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRAL EN TOBILLO SIN INJERTO VÍA ABIERTA	$ 966,657
4872	808704	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRAL EN TOBILLO SIN INJERTO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,040,015
4873	808705	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRAL EN TOBILLO CON INJERTO VÍA ABIERTA	$ 1,197,704
4874	808706	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRAL EN TOBILLO CON INJERTO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 603,241
4875	808802	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA -ARTICULARES DE PIE O ARTEJOS (UNO O MÁS) POR ARTROSCOPIA	$ 464,661
4876	810001	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO	$ 1,253,935
4877	810002	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3,182,576

4878	810003	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS	$ 3,182,576
4879	810004	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3,182,576
4880	810005	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3,182,576
4881	810006	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS	$ 3,182,576
4882	810007	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO "	$ 13,662,632
4883	810008	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3,182,576
4884	810009	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS	$ 3,182,576
4885	810010	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3,182,576
4886	810011	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3,182,576
4887	810012	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS	$ 3,182,576
4888	810013	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE CUATRO A SIETE VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3,182,576
4889	810014	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE CUATRO A SIETE VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3,182,576
4890	810015	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD CUATRO A SIETE VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS	$ 3,182,576
4891	810016	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 3,182,576
4892	810017	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 3,182,576
4893	810018	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS	$ 3,182,576
4894	810019	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACIÓN VERTEBRAL	$ 1,536,500
4895	810020	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACIÓN COSTOVERTEBRAL	$ 1,536,500
4896	810021	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACIÓN COSTOCOSTAL	$ 1,536,500
4897	810022	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD CON DISPOSITIVO DE ELONGACIÓN COSTOPÉLVICO	$ 3,323,700
4898	810023	REVISIÓN O AJUSTE DE DISPOSITIVO DE ELONGACIÓN	$ 2,444,395
4899	810024	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO	$ 1,836,512
4900	810025	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 1,836,512
4901	810026	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN TRES TIEMPOS	$ 1,836,512
4902	810027	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN CUATRO O MÁS TIEMPOS	$ 1,836,512
4903	810028	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO	$ 1,166,923

4904	810029	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS	$ 1,166,923
4905	810030	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN TRES TIEMPOS	$ 1,166,923
4906	810031	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN CUATRO O MÁS TIEMPOS	$ 1,166,923
4907	810101	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 3,063,376
4908	810102	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL CON INSTRUMENTACIÓN"	$ 3,174,836
4909	810103	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 808,108
4910	810106	ARTRODESIS C1 -C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 3,093,521
4911	810107	ARTRODESIS C1 -C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	$ 3,397,291
4912	810108	ARTRODESIS C1 -C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 808,108
4913	810109	ARTRODESIS C1 -C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,428,401
4914	810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,691,000
4915	810113	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,709,928
4916	810115	ARTRODESIS C1 -C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSCERVICAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 2,765,709
4917	810116	ARTRODESIS C1 -C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSCERVICAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 993,424
4918	810117	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN ABIERTA	$ 1,255,911
4919	810118	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA	$ 5,221,300
4920	810119	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN ABIERTA	$ 1,757,565
4921	810120	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA	$ 4,508,200
4922	810121	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN ABIERTA	$ 1,630,256
4923	810122	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA	$ 3,817,100
4924	810123	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN ABIERTA	$ 1,630,256
4925	810124	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA	$ 3,744,800
4926	810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,514,101
4927	810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,514,101
4928	810207	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 1,630,256
4929	810208	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 1,630,256
4930	810209	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA CERVICAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL	$ 1,606,091
4931	810210	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA CERVICAL MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL	$ 1,697,418
4932	810211	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL	$ 1,762,772
4933	810212	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL "	$ 1,606,091
4934	810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,709,928
4935	810306	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,611,401

4936	810308	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 974,378
4937	810309	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 974,378
4938	810310	LAMINOPLASTIA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,905,544
4939	810311	LAMINOPLASTIA CERVICAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,905,544
4940	810405	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,317,288
4941	810406	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,379,069
4942	810407	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,379,069
4943	810408	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE MÁS DE TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,317,288
4944	810409	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE MÁS DE TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,379,069
4945	810410	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE MÁS DE TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,379,069
4946	810411	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,884,824
4947	810412	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4948	810413	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4949	810414	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,884,824
4950	810415	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4951	810416	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4952	810417	ARTRODESIS DE LA UNIÓN TORACOLUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,884,824
4953	810418	ARTRODESIS DE LA UNIÓN TORACOLUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4954	810419	ARTRODESIS DE LA UNIÓN TORACOLUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA "	$ 1,973,222
4955	810420	ARTRODESIS DE LA UNIÓN TORACOLUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,884,824
4956	810421	ARTRODESIS DE LA UNIÓN TORACOLUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4957	810422	ARTRODESIS DE LA UNIÓN TORACOLUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4958	810423	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 1,884,824
4959	810424	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4960	810425	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4961	810426	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICO MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 1,884,824
4962	810427	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 1,973,222

4963	810428	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4964	810429	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICO DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 1,884,824
4965	810430	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4966	810431	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4967	810432	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICO MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA	$ 1,884,824
4968	810433	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
4969	810434	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
4970	810435	LAMINOPLASTIA TORÁCICA HASTA TRES SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,905,544
4971	810436	LAMINOPLASTIA TORÁCICA MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 1,905,544
4972	810508	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
4973	810509	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015
4974	810510	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
4975	810511	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015
4976	810512	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA MÁS DE SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
4977	810513	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA MÁS DE SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015
4978	810514	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,781,799
4979	810515	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA "	$ 1,790,124
4980	810516	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,709,928
4981	810517	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,811,353
4982	810518	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA MÁS DE SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,709,928
4983	810519	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA MÁS DE SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,965,404
4984	810520	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACOLUMBAR TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
4985	810521	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACOLUMBAR TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
4986	810522	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACOLUMBAR TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,709,928
4987	810523	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACOLUMBAR TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
4988	810524	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTERIOR DE UNO A TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA	$ 1,709,928
4989	810525	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTERIOR DE UNO A TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL PERCUTÁNEA	$ 1,790,124

4990	810526	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTERIOR MÁS DE TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA	$ 1,709,928
4991	810527	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTERIOR MÁS DE TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
4992	810528	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS ABIERTA	$ 1,709,928
4993	810529	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
4994	810530	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL MÁS DE TRES SEGMENTOS ABIERTA	$ 1,709,928
4995	810531	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL MÁS DE TRES SEGMENTOS PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
4996	810532	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL DE UNA VÉRTEBRA	$ 1,709,928
4997	810533	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL MÁS DE UNA VÉRTEBRA	$ 1,709,928
4998	810605	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,317,288
4999	810606	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,379,069
5000	810607	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,379,069
5001	810608	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,317,288
5002	810609	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA "	$ 1,379,069
5003	810610	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,379,069
5004	810613	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,688,020
5005	810614	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 4,256,033
5006	810615	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
5007	810616	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,709,928
5008	810617	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,166,430
5009	810618	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
5010	810619	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,317,288
5011	810620	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,379,069
5012	810621	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,379,069
5013	810622	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,834,039
5014	810623	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
5015	810624	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,973,222
5016	810625	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR TRANSACRA CON INSTRUMENTACIÓN VÍA RETROPERITONEAL	$ 1,834,039

5017	810626	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,317,288
5018	810627	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,379,069
5019	810628	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,834,039
5020	810629	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
5021	810630	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,317,288
5022	810631	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,379,069
5023	810632	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,834,039
5024	810633	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,973,222
5025	810634	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,606,091
5026	810635	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 3,817,100
5027	810636	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA "	$ 3,817,100
5028	810637	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA MÁS DE DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,977,638
5029	810638	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA MÁS DE DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 3,538,586
5030	810639	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA MÁS DE DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3,817,100
5031	810640	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TRANSACRA ANTERIOR VÍA ABIERTA	$ 1,977,638
5032	810641	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TRANSACRA ANTERIOR VÍA PERCUTÁNEA	$ 3,648,925
5033	810642	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VÉRTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,255,911
5034	810643	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VÉRTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 3,744,800
5035	810644	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VÉRTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3,744,800
5036	810645	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MÁS DE UNA VÉRTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,255,911
5037	810646	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MÁS DE UNA VÉRTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 3,696,223
5038	810647	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA MÁS DE UNA VÉRTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3,744,800
5039	810648	LAMINOPLASTIA LUMBAR HASTA DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 2,150,112
5040	810649	LAMINOPLASTIA LUMBAR MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR	$ 2,254,148
5041	810817	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
5042	810818	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015
5043	810819	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR MÁS DE TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
5044	810820	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR MÁS DE TRES VÉRTEBRAS SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015

5045	810821	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,631,647
5046	810822	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,965,404
5047	810823	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,709,928
5048	810824	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
5049	810825	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
5050	810826	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015
5051	810827	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,781,799
5052	810828	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
5053	810829	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
5054	810830	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015
5055	810831	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA "	$ 1,709,928
5056	810832	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
5057	810833	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN INTERCRESTILIA	$ 1,709,928
5058	810834	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 993,424
5059	810835	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,040,015
5060	810836	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 1,790,124
5061	810837	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 1,790,124
5062	810838	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA ABIERTA	$ 2,019,537
5063	810839	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,264,753
5064	810840	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2,264,753
5065	810841	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA ABIERTA	$ 2,163,296
5066	810842	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,264,753
5067	810843	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2,264,753
5068	810844	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TRANSACRA POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 2,163,296
5069	810845	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TRANSACRA POSTERIOR VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,264,753
5070	810846	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA INTERESPINOSA POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 2,142,678
5071	810847	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA INTERESPINOSA POSTERIOR VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,264,753
5072	810848	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA INTERESPINOSA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2,264,753
5073	810849	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VÍA POSTEROLATERAL DE UNA VÉRTEBRA	$ 1,790,124

5074	810850	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA VÍA POSTEROLATERAL MÁS DE UNA VÉRTEBRA	$ 1,790,124
5075	810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VÍA ABIERTA	$ 2,163,296
5076	810852	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VÍA PERCUTÁNEA	$ 2,264,753
5077	810853	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2,264,753
5078	810854	MANIOBRAS DE MANIPULACIÓN (DESROTACIÓN, TRASLACIÓN, ENTRE OTRAS) DE IMPLANTE VERTEBRAL PARA ALINEACIÓN DE COLUMNA	$ 3,744,800
5079	810901	REFUSIÓN DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL ANTERIOR O LATERAL	$ 1,753,937
5080	810902	REFUSIÓN DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR	$ 1,846,114
5081	810903	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR O LATERAL	$ 1,774,089
5082	810904	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR	$ 1,835,584
5083	810905	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICOTORÁCICA ANTERIOR O LATERAL	$ 1,846,114
5084	810906	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICOTORÁCICA POSTERIOR	$ 2,710,459
5085	810907	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA ANTERIOR O LATERAL	$ 1,874,363
5086	810908	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA POSTERIOR	$ 2,075,784
5087	810909	REFUSIÓN DE COLUMNA TORACOLUMBAR ANTERIOR O LATERAL	$ 1,889,334
5088	810910	REFUSIÓN DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR "	$ 2,075,784
5089	810915	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOSACRA ANTERIOR O LATERAL	$ 2,144,356
5090	810916	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR	$ 1,570,179
5091	810917	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOPÉLVICA ANTERIOR O LATERAL	$ 1,889,334
5092	810918	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOPÉLVICA POSTERIOR	$ 2,075,784
5093	811101	ARTRODESIS TIBIO -TALAR VÍA ABIERTA	$ 670,286
5094	811102	ARTRODESIS TIBIO -TALAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 928,250
5095	811103	REVISIÓN DE ARTRODESIS TIBIO -TALAR VÍA ABIERTA	$ 820,560
5096	811104	REVISIÓN DE ARTRODESIS TIBIO -TALAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 927,334
5097	811202	ARTRODESIS SUBTALAR VÍA ABIERTA	$ 820,560
5098	811203	ARTRODESIS SUBTALAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 859,044
5099	811204	ARTRODESIS SUBTALAR DISTRACTORA CON INJERTO ESTRUCTURAL VÍA ABIERTA	$ 820,560
5100	811205	ARTRODESIS CALCÁNEOCUBOIDEA VÍA ABIERTA	$ 820,560
5101	811206	ARTRODESIS CALCÁNEOCUBOIDEA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 853,399
5102	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VÍA ABIERTA	$ 820,560
5103	811208	ARTRODESIS TALONAVICULAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 859,044
5104	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VÍA ABIERTA	$ 900,052
5105	811210	ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 796,822
5106	811211	ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ARTROSCÓPICA	$ 859,044
5107	811212	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VÍA ABIERTA	$ 368,656
5108	811213	REVISIÓN DE ARTRODESIS DE MEDIOPIE O RETROPIE (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 993,424
5109	811214	REVISIÓN DE ARTRODESIS DE MEDIOPIE O RETROPIE (CADA UNA) VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,034,157
5110	811215	REVISIÓN DE ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 993,424
5111	811216	REVISIÓN DE ARTRODESIS INTERFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA	$ 993,424
5112	812001	ARTRODESIS DE ARTICULACIÓN	$ 1,194,587
5113	812101	ARTRODESIS DE CADERA	$ 1,126,452
5114	812201	ARTRODESIS DE RODILLA	$ 939,787
5115	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 951,984
5116	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 1,330,315
5117	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL	$ 833,512
5118	812402	ARTRODESIS DE CODO	$ 820,560
5119	812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA	$ 783,910
5120	812504	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA	$ 821,306
5121	812505	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 900,178
5122	812506	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 962,618

5123	812601	ARTRODESIS TRAPECIO -METACARPIANO	$ 530,091
5124	812602	ARTRODESIS CARPO -METACARPIANA "	$ 560,690
5125	812701	ARTRODESIS METACARPO -FALÁNGICA	$ 547,840
5126	812801	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MÁS)	$ 426,500
5127	812802	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MÁS)	$ 607,660
5128	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA	$ 740,815
5129	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA	$ 657,024
5130	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA	$ 732,432
5131	812910	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 664,584
5132	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 740,562
5133	812912	ARTRODESIS SACROILÍACA SIN INSTRUMENTACIÓN	$ 1,102,064
5134	812913	ARTRODESIS SACROILÍACA CON INSTRUMENTACIÓN	$ 1,141,072
5135	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PRÓTESIS	$ 1,081,456
5136	813102	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS SIN PRÓTESIS	$ 1,093,998
5137	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL TARSO	$ 1,016,565
5138	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL METATARSO	$ 1,037,480
5139	814101	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN DE CADERA	$ 1,254,878
5140	814102	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 1,013,588
5141	814103	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 1,090,743
5142	814104	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA POR ARTROSCOPIA	$ 1,800,891
5143	814210	REPARACIÓN DE RODILLA CINCO EN UNO: MENISCOPLASTIA, REPARACIÓN DE LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL, AVANZAMIENTO DE VASTUS MEDIAL O INTERNO, AVANZAMIENTO SEMITENDINOSO Y TRANSPOSICIÓN DE (PATA DE GANSO O PES ANSERINUS)	$ 794,136
5144	814220	REPARACIÓN TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIA CON REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL	$ 870,088
5145	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA	$ 1,276,656
5146	814410	REALINEAMIENTO DE RÓTULA CON CIRUGÍA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 811,138
5147	814420	REALINEAMIENTO DE RÓTULA CON OSTEOTOMÍA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR	$ 811,138
5148	814421	REALINEAMIENTO DE RÓTULA CON TROCLEOPLASTIA FEMORAL	$ 782,327
5149	814501	REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO	$ 870,088
5150	814502	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 1,144,048
5151	814503	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 1,276,656
5152	814504	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 1,474,094
5153	814505	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA "	$ 1,398,003
5154	814506	RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTARIA DE ESQUINA POSTEROLATERAL O POSTEROMEDIAL CON INJERTO AUTÓLOGO O ALOINJERTO	$ 1,183,287
5155	814507	REVISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 829,547
5156	814508	REVISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 829,547
5157	814509	REVISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 621,226
5158	814510	REVISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 3,901,463
5159	814601	OTRA CORRECCIÓN LIGAMENTARIA MEDIAL O LATERAL O CÁPSULAR	$ 870,088
5160	814602	OTRA RECONSTRUCCIÓN O TRANSFERENCIAS PARA LIGAMENTOS MEDIAL O LATERAL	$ 1,144,048
5161	814603	CORRECCIÓN LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACIÓN GLENOHUMERAL VÍA ABIERTA	$ 1,293,407

5162	814604	CORRECCIÓN LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACIÓN GLENOHUMERAL VÍA ARTROSCÓPICA	$ 813,706
5163	814605	CORRECCIÓN LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR VÍA ABIERTA	$ 1,286,467
5164	814606	CORRECCIÓN LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR VÍA ARTROSCÓPICA	$ 958,270
5165	814607	RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTARIA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR CON AUTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 1,460,132
5166	814608	RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTARIA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR CON AUTO O ALOINJERTO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 3,323,700
5167	814609	CORRECCIÓN LIGAMENTARIA O CAPSULAR EN LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR VÍA ABIERTA	$ 3,744,800
5168	814610	RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTARIA DE LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR CON AUTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 1,460,132
5169	814611	CORRECCIÓN CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VÍA ABIERTA	$ 930,310
5170	814612	CORRECCIÓN CAPSULAR SUPERIOR DE HOMBRO CON INJERTO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 687,839
5171	814703	RETINACULOPLASTIA (PARA LIBERACIÓN DE LA RÓTULA)	$ 644,807
5172	814704	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN MÁS OSTEOTOMÍA TIBIAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,219,288
5173	814705	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL, MÁS OSTEOTOMÍA DE REALÍNEACIÓN, MÁS PLICATURA DE RETINÁCULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,285,485
5174	814706	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 511,316
5175	814707	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL MÁS REALINEACIÓN DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,121,583
5176	814708	FIJACIÓN DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 984,223
5177	814709	FIJACIÓN E INJERTO ÓSEO DE LA RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 984,223
5178	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA	$ 881,532
5179	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA	$ 1,013,588
5180	814721	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL ABIERTA	$ 898,816
5181	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,223,952
5182	814723	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA "	$ 792,184
5183	814724	REMODELACIÓN DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 1,297,068
5184	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA	$ 1,066,935
5185	814726	REMODELACIÓN DE MENISCO ROTO (PICO DE LORO) POR ARTROSCOPIA	$ 928,250
5186	814727	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO	$ 828,740
5187	814728	REPARACIÓN O FIJACIÓN DE RAÍZ DEL MENISCO MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 4,508,200
5188	814729	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL VÍA ABIERTA	$ 7,455,800
5189	814730	TRASPLANTE MENISCAL MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 7,455,800
5190	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 2,320,923
5191	814732	CONDROPLASTIA DE RODILLA CON INJERTO AUTÓLOGO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 1,083,011
5192	814733	CONDROPLASTIA DE RODILLA CON INJERTO AUTÓLOGO O ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 3,569,900
5193	814905	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRAL, PERFORACIONES O CURETAJE DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 1,035,179
5194	814906	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRAL CON FIJACIÓN EN TOBILLO POR ARTROSCOPIA	$ 1,035,179
5195	814907	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 870,088
5196	814908	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO O DISPOSTIVO VÍA ABIERTA	$ 870,088
5197	814909	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,040,015
5198	814910	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON INJERTO O DISPOSTIVO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,040,015
5199	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO	$ 1,077,536
5200	815102	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA	$ 1,995,286
5201	815103	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	$ 1,995,286

5202	815104	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO COMPLEJO DE CADERA (ARTROSIS SECUNDARIA)	$ 3,000,786
5203	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	$ 1,148,952
5204	815301	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE CADERA	$ 1,072,058
5205	815302	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCIÓN DE AMBOS COMPONENTES (ACETABULAR Y FEMORAL)	$ 1,645,187
5206	815303	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCCIÓN DE COMPONENTE ACETABULAR	$ 3,877,955
5207	815304	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCCIÓN DE COMPONENTE FEMORAL	$ 1,406,819
5208	815401	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA BICOMPARTIMENTAL	$ 1,995,286
5209	815403	REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA UNICOMPARTIMENTAL (HEMIARTICULACIÓN)	$ 1,995,286
5210	815404	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL SIMPLE DE RODILLA "	$ 1,995,286
5211	815405	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO TRICOMPARTIMENTAL COMPLEJO DE RODILLA (ARTROSIS SECUNDARIA)	$ 1,342,522
5212	815406	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL EN ARTRODESIS DE RODILLA	$ 2,030,503
5213	815503	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCCIÓN DE COMPONENTE FEMORAL	$ 1,251,613
5214	815504	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCCIÓN DE COMPONENTE TIBIAL	$ 1,189,033
5215	815505	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCCIÓN DE COMPONENTE PATELAR	$ 1,251,613
5216	815506	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA CON RECONSTRUCIÓN DE LOS TRES COMPONENTES (FEMORAL, TIBIAL Y PATELAR)	$ 1,275,396
5217	815601	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 1,148,952
5218	815602	CONVERSIÓN DE ARTRODESIS DE TOBILLO A REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 1,154,320
5219	815603	REVISIÓN DE REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO VÍA ABIERTA	$ 1,154,320
5220	815701	REEMPLAZO METATARSOFALÁNGICO CON DISPOSTIVO	$ 932,586
5221	815810	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO	$ 802,680
5222	817101	REEMPLAZO PROTÉSICO EN HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)	$ 607,660
5223	817102	REEMPLAZO PROTÉSICO DE LA ARTICULACIÓN TRAPECIO - METACARPIANA	$ 607,660
5224	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN MUÑECA	$ 663,116
5225	817202	ARTROPLASTIA RESECCIÓN TRAPECIO -METACARPIANA	$ 662,097
5226	817203	ARTROPLASTIA METACARPO -FALÁNGICA (UNA O MÁS)	$ 701,304
5227	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ABIERTA	$ 787,908
5228	817206	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ARTROSCÓPICA	$ 855,050
5229	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN DE FALANGES POR ARTROSCOPIA	$ 600,436
5230	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO)	$ 655,286
5231	817301	REEMPLAZO PROTÉSICO DE LA MUÑECA	$ 1,013,588
5232	817302	REVISIÓN DE REEMPLAZO TOTAL DE MUÑECA	$ 1,192,134
5233	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALÁNGICAS (POR CADA DEDO)	$ 701,304
5234	817902	DESCOMPRESIÓN DE HUESO DE MUÑECA O MANO VÍA ABIERTA	$ 859,044
5235	817903	DESCOMPRESIÓN DE HUESO DE MUÑECA O MANO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,984,600
5236	818010	REEMPLAZO PROTÉSICO PRIMARIO TOTAL DE HOMBRO	$ 1,219,281
5237	818020	REEMPLAZO PROTÉSICO SECUNDARIO TOTAL DE HOMBRO	$ 1,162,463
5238	818101	REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 1,030,480
5239	818201	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 686,978
5240	818202	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 766,782
5241	818203	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 661,047
5242	818204	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 757,495
5243	818301	ACROMIOPLASTIA VÍA ABIERTA	$ 398,848

5244	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	$ 1,045,407
5245	818303	CORACOPLASTIA POR ARTROSCOPIA	$ 932,586
5246	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO -CLAVICULAR	$ 667,617
5247	818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN HOMBRO	$ 650,293
5248	818307	REPARACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 819,024
5249	818401	REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO	$ 4,508,200
5250	818501	REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO	$ 4,508,200
5251	818601	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN DEL CODO	$ 634,408
5252	818602	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE CODO CON AUTO O ALOINJERTO	$ 985,352
5253	818603	LIBERACIÓN ANTERIOR O POSTERIOR DE CODO PARA CONTRACTURA	$ 471,359
5254	818604	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMIENTO COLATERAL CODO	$ 689,962
5255	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VÍA ARTROSCOPICA	$ 927,620
5256	818607	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VÍA ABIERTA	$ 880,770
5257	818608	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 932,586
5258	818609	CAPSULORRAFIA DE CODO VÍA ABIERTA	$ 787,442
5259	818610	CAPSULORRAFIA DE CODO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,336,531
5260	818701	REVISIÓN DE REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE HOMBRO	$ 1,190,910
5261	818702	REVISIÓN DE REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE HOMBRO	$ 1,251,613
5262	818703	REVISIÓN DE REEMPLAZO PARCIAL PROTÉSICO DE CODO	$ 4,508,200
5263	818704	REVISIÓN DE REEMPLAZO TOTAL PROTÉSICO DE CODO	$ 803,478
5264	819002	VERTEBROPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRACORPORAL	$ 3,417,082
5265	819003	REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN FACETARIA	$ 3,744,800
5266	819004	VERTEBROPLASTIA	$ 7,586,910
5267	819005	CIFOPLASTIA	$ 6,349,685
5268	819006	ARTROPLASTIA CERVICAL UN NIVEL	$ 3,744,800
5269	819007	ARTROPLASTIA CERVICAL MÁS DE UN NIVEL	$ 3,744,800
5270	819008	ARTROPLASTIA LUMBAR O LUMBOSACRA UN NIVEL	$ 3,569,900
5271	819009	ARTROPLASTIA LUMBAR O LUMBOSACRA MÁS DE UN NIVEL	$ 3,569,900
5272	819010	REVISIÓN O RETIRO DE PRÓTESIS Y COLOCACIÓN DE ESPACIADOR ARTICULAR	$ 1,668,348
5273	819101	ASPIRACIÓN ARTICULAR	$ 23,920
5274	819201	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO	$ 8,728
5275	819202	APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS DENTRO DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR	$ 9,137
5276	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 1,186,520
5277	819330	SUTURA DEL FIBROCARTÍLAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,013,588
5278	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VÍA ABIERTA	$ 698,391
5279	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 741,625
5280	819401	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE TENDÓN DE AQUILES VÍA ABIERTA	$ 689,228
5281	819402	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE TENDÓN DE AQUILES VÍA ENDOSCÓPICA	$ 617,402
5282	819403	RECONSTRUCCIÓN DE TENDÓN DE AQUILES CON TRANSFERENCIAS TENDINOSAS	$ 785,477
5283	819404	RECONSTRUCCIÓN DE TENDÓN DE AQUILES CON CALCANEOPLASTIA VÍA ABIERTA	$ 809,945
5284	819405	RECONSTRUCCIÓN DE TENDÓN DE AQUILES CON CALCANEOPLASTIA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 928,250
5285	819406	RECONSTRUCCIÓN DE TENDONES PERONEOS VÍA ABIERTA	$ 697,402
5286	819407	RECONSTRUCCIÓN DE TENDONES PERONEOS VÍA ENDOSCÓPICA	$ 478,778
5287	819408	RECONSTRUCCIÓN DE TENDONES TIBIALES VÍA ABIERTA	$ 905,084
5288	819409	RECONSTRUCCIÓN DE TENDONES TIBIALES VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,114,800
5289	819501	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CALCÁNEO NAVICULAR	$ 872,897
5290	819520	REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DEL TENDÓN ROTULIANO	$ 486,183
5291	819601	ARTRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO	$ 1,087,905
5292	819602	CONDRODIASTASIS CON FIJADOR EXTERNO	$ 2,181,300
5293	819701	REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO	$ 756,427

5294	819702	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE HOMBRO	$ 1,164,563
5295	819703	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO DE HOMBRO COMPONENTE GLENOIDEO	$ 1,016,782
5296	819704	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE HOMBRO COMPONENTE HUMERAL	$ 1,016,782
5297	819706	REVISIÓN REEMPLAZO TOTAL DE CODO	$ 1,000,632
5298	819801	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS EN ESTRUCTURAS ARTICULARES	$ 655,200
5299	819810	ENDOSCOPIA DIAGNÓSTICA DE COLUMNA VÉRTEBRAL	$ 448,468
5300	820101	EXPLORACIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO	$ 222,828
5301	820102	ELIMINACIÓN DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDÓN DE MANO	$ 204,584
5302	820201	MIOTOMÍA DE MANO	$ 225,872
5303	820301	BURSOTOMÍA DE MANO	$ 400,373
5304	820401	INCISIÓN Y DRENAJE DE ESPACIO PALMAR O TENAR	$ 443,895
5305	820901	OTRA INCISIÓN DE TEJIDO FLEXIBLE DE MANO	$ 1,984,600
5306	821101	TENOTOMÍA DE MANO PALMAR	$ 222,264
5307	821102	TENOTOMÍA DE MANO DORSAL	$ 222,264
5308	821201	FASCIOTOMÍA DE MANO	$ 399,496
5309	821901	DIVISIÓN DE MÚSCULO DE MANO	$ 204,584
5310	822101	RESECCIÓN DE GANGLIÓN EN DEDOS DE MANO	$ 303,044
5311	822104	RESECCIÓN DE GANGLIÓN DORSAL DE MUÑECA VÍA ABIERTA	$ 458,163
5312	822105	RESECCIÓN DE GANGLIÓN DORSAL DE MUÑECA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 490,147
5313	822106	RESECCIÓN DE GANGLIÓN PALMAR DE MUÑECA VÍA ABIERTA	$ 561,255
5314	822107	RESECCIÓN DE GANGLIÓN PALMAR DE MUÑECA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 603,241
5315	822201	ESCISIÓN DE TUMOR BENIGNO EN MÚSCULO DE MANO	$ 194,411
5316	822202	ESCISIÓN DE TUMOR MALIGNO EN MÚSCULO DE MANO	$ 1,536,500
5317	823101	BURSECTOMÍA DE MANO	$ 414,072
5318	823201	ESCISIÓN DE TENDÓN DE MANO PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)	$ 250,195
5319	823301	TENOSINOVECTOMÍA EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 401,151
5320	823303	TENOSINOVECTOMÍA FLEXORES MANO (UNO O MÁS)	$ 516,781
5321	823307	TENOSINOVECTOMÍA EN COMPARTIMENTO EXTENSOR	$ 271,524
5322	823311	TENOSINOVECTOMÍA EN DEDOS DE MANO (UNO O MÁS)	$ 558,687
5323	823401	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA DE MANO PARA INJERTO	$ 390,912
5324	823501	ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN MANO	$ 771,053
5325	823502	ESCISIÓN DE APONEUROSIS EN DEDOS	$ 530,091
5326	823601	OTRA MIECTOMÍA DE MANO	$ 880,600
5327	824101	SUTURA DE ENVOLTURA O VAINA DE TENDÓN DE MANO	$ 418,693
5328	824201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA	$ 924,302
5329	824202	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN	$ 1,017,407
5330	824203	TENORRAFIA DE FLEXORES DE DEDOS (CADA UNO) SIN NEURORRAFIA	$ 677,683
5331	824211	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA Y VASCULARIZACIÓN	$ 1,639,245
5332	824213	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) CON NEURORRAFIA	$ 1,128,789
5333	824215	TENORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS) SIN NEURORRAFIA	$ 637,386
5334	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)	$ 381,747
5335	824321	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 512,273
5336	824601	MIORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 433,265
5337	824611	MIORRAFIA DE FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 531,978
5338	825101	AVANZAMIENTO DE TENDÓN DE MANO	$ 1,984,600
5339	825201	RETROCESO DE TENDÓN DE MANO	$ 3,323,700
5340	825301	TRANSFERENCIA TENDÓN MANO Y PUÑO (UNO O MÁS)	$ 771,053
5341	825303	TRANSFERENCIA DE PRONADOR A SUPINADOR	$ 771,053
5342	825304	TRANSFERENCIA DE FLEXORES A EXTENSORES (ESPÁSTICOS)	$ 771,053

5343	825305	TRANSFERENCIA DE EXTENSOR DEL PULGAR	$ 771,053
5344	825306	REINSERCIÓN DE TENDÓN EN MANO (UNO O MÁS)	$ 698,318
5345	825307	TRASFERENCIA DE TENDÓN EN MANO O MUÑECA (UNO O MÁS)	$ 771,053
5346	825401	REFIJACIÓN DE MÚSCULO DE MANO	$ 393,522
5347	825501	ALARGAMIENTO DE TENDÓN EN MANO (UNO O MÁS)	$ 350,899
5348	825601	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE TENDÓN DE MANO	$ 3,817,100
5349	825901	OTRO TRASPLANTE O TRANSFERENCIA DE MÚSCULO DE MANO	$ 3,817,100
5350	826101	PULGARIZACIÓN O POLICITACIÓN CON SUMINISTRO NEUROVASCULAR	$ 1,082,731
5351	826920	INJERTOS AL PULGAR (ÓSEO Y PEDICULO DE PIEL)	$ 607,660
5352	827101	RECONSTRUCCIÓN PARA PLASTIA DE OPONENTE	$ 1,473,211
5353	827102	INJERTO DE TENDÓN DE FLEXOR DE UN DEDO CON RECONSTRUCCIÓN DE POLEAS	$ 1,024,745
5354	827103	INJERTO DE TENDÓN DE FLEXOR DE DOS O MÁS DEDOS CON RECONSTRUCCIÓN DE POLEAS	$ 1,291,891
5355	827104	RECONSTRUCCIÓN DE POLEA DEL TENDÓN	$ 1,581,286
5356	827201	PROCEDIMIENTOS PLÁSTICOS EN MANO CON INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA	$ 512,534
5357	827901	INJERTO DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS (UNO O MÁS)	$ 591,529
5358	827902	INJERTO DE TENDÓN FLEXOR DE MANO O DEDOS (UNO O MÁS)	$ 662,097
5359	827910	INJERTO TENDINOSO CON IMPLANTE EN DEDOS DE LA MANO (CADA UNO)	$ 789,580
5360	828201	REPARACIÓN DE DEFORMIDADES CONGÉNITAS DE MANO	$ 713,570
5361	828302	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA SIMPLE (UNO O MÁS ESPACIOS)	$ 591,529
5362	828304	CORRECCIÓN DE SINDACTILIA COMPLEJA	$ 752,525
5363	828310	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA MACRODACTILIA	$ 511,564
5364	828320	CORRECCIÓN SIMPLE DE CAMPTODACTILIA (UNO O MÁS DEDOS)	$ 530,091
5365	828330	CORRECCIÓN DE CAMPTODACTILIA CON OSTEOTOMÍA (UNO O MÁS DEDOS)	$ 591,529
5366	828340	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE CLINODACTILIA (UNO O MÁS DEDOS)	$ 426,500
5367	828350	CORRECCIÓN DE POLIDACTILIA CON RECONSTRUCCIÓN	$ 444,952
5368	828351	CORRECCIÓN DE POLIDACTILIA CON ESCISIÓN SIMPLE	$ 277,869
5369	828355	CORRECCIÓN DE ACORTAMIENTO Y ARQUEAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO	$ 771,053
5370	828401	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN BOTONERA	$ 662,097
5371	828402	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN CUELLO DE CISNE	$ 662,097
5372	828403	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN MARTILLO	$ 467,938
5373	828404	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN GATILLO [DEDO DE RESORTE]	$ 350,899
5374	828501	TENODESIS EN MANO (UNO O MÁS)	$ 343,835
5375	828601	MIOTENOPLASTIA DE MANO	$ 880,600
5376	828903	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VÍA ABIERTA	$ 1,114,800
5377	828904	PLICATURA DE FASCIA EN MANO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,114,800
5378	828905	REPARACIÓN DE HERNIA FASCIAL VÍA ABIERTA	$ 886,959
5379	828906	REPARACIÓN DE HERNIA FASCIAL VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,114,800
5380	828907	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 796,544
5381	828908	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS EN MANO CON AUTOINJERTO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 3,323,700
5382	828910	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO EN MANO	$ 662,097
5383	829101	LIBERACIÓN DE ADHESIONES DE FASCIA, MÚSCULO Y TENDÓN DE MANO	$ 367,770
5384	829111	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MÁS)	$ 358,439
5385	829115	TENOLISIS EN FLEXORES DE DEDOS (UNO O MÁS)	$ 579,690
5386	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 372,629
5387	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 516,196
5388	829201	ASPIRACIÓN DE BURSA DE MANO	$ 22,699
5389	829401	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO	$ 8,616
5390	829501	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN DE MANO	$ 8,616
5391	829901	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EN MANO	$ 368,656
5392	829910	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE DEDOS DE LA MANO	$ 470,376

5393	829911	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN REGIÓN TENAR O TÚNEL CARPIANO	$ 661,037
5394	829912	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MANO (EXCEPTO DEDOS)	$ 430,105
5395	830101	EXPLORACIÓN DE VAINA DE TENDÓN	$ 333,182
5396	830102	ELIMINACIÓN DE CUERPOS RICIFORMES DE VAINA DE TENDÓN	$ 419,272
5397	830231	MIOTOMÍA DEL TEMPORAL	$ 384,075
5398	830232	MIOTOMÍA PTERIGOIDEO	$ 350,899
5399	830233	MIOTOMÍA DE MASETERO	$ 381,495
5400	830301	EXTRACCIÓN DE DEPÓSITOS CALCÁREOS O BURSA - SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS	$ 596,735
5401	831101	TENOTOMÍAS EN PIE (UNA O MÁS)	$ 253,909
5402	831202	LIBERACIÓN PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMÍAS (CADERA COLGANTE)	$ 462,156
5403	831203	LIBERACIÓN DE FLEXORES DE CADERA	$ 227,461
5404	831204	LIBERACIÓN DE MUSCULATURA PELVITROCANTÉRICA	$ 212,253
5405	831205	TENOTOMÍA DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 266,528
5406	831206	TENOTOMÍA DE CADERA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 220,074
5407	831207	CAPSULORRAFIA DE CADERA	$ 1,111,489
5408	831303	TENOTOMÍAS EN BRAZO (UNA O MÁS)	$ 212,253
5409	831304	TENOTOMÍAS EN ANTEBRAZO (UNA O MÁS)	$ 212,253
5410	831305	TENOTOMÍA SIMPLE EN CUELLO (TORTÍCOLIS CONGÉNITA)	$ 281,034
5411	831306	TENOTOMÍA MÚLTIPLE EN CUELLO	$ 339,449
5412	831307	TENOTOMÍA DE MÚSCULOS ESPÁSTICOS (EXCEPTO MANO)	$ 211,377
5413	831308	TENOTOMÍA EN PIERNA (UNA O MÁS)	$ 286,029
5414	831309	TENOTOMÍAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MÁS)	$ 318,766
5415	831310	TENOTOMÍA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN)	$ 385,946
5416	831311	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA	$ 266,528
5417	831312	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS) VÍA ARTROSCÓPICA	$ 279,028
5418	831401	FASCIOTOMÍA O INCISIÓN DE FASCIA	$ 404,370
5419	831402	INCISIÓN DE BANDA ILIOTIBIAL	$ 326,930
5420	831403	ESCISIÓN PARCIAL DE FASCIA	$ 442,704
5421	831450	FASCIOTOMÍA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACIÓN EN CODO Y MUÑECA	$ 547,947
5422	831451	FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA DE LA ARTERIA BRAQUIAL	$ 440,272
5423	831461	FASCIOTOMÍA EN MUSLO, POR UNA O MÁS INCISIONES	$ 366,027
5424	831471	FASCIOTOMÍA EN PIERNA POR UNA O MÁS INCISIONES	$ 357,100
5425	831481	FASCIOTOMÍA EN PIE, UNA O MÁS INCISIONES	$ 239,957
5426	831901	INCISIÓN DE MÚSCULO	$ 385,946
5427	831902	LIBERACIÓN DE MÚSCULO	$ 385,946
5428	831905	ESCALENOTOMÍA O SECCIÓN DE ESCALENO ANTERIOR SIN RESECCIÓN DE COSTILLA CERVICAL	$ 319,879
5429	831910	SECCIÓN DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO	$ 315,705
5430	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA	$ 354,141
5431	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA	$ 705,024
5432	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA	$ 384,151
5433	832104	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 385,946
5434	832105	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2,490,900
5435	833001	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL	$ 235,133
5436	833002	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL	$ 683,441
5437	833101	ESCISIÓN DE GANGLIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN, EXCEPTO DE MANO	$ 378,739
5438	833201	ESCISIÓN DE MIOSITIS OSIFICANTE	$ 307,063
5439	833202	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE: HUESO HETEROTÓPICO O CALCIFICACIONES HETEROTÓPICAS EN MUSCULO	$ 507,914

5440	833203	ESCISIÓN DE CICATRIZ DE MÚSCULO	$ 603,241
5441	833901	ESCISIÓN DE QUISTE POPLÍTEO [DE BAKER]	$ 457,312
5442	834101	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)	$ 240,513
5443	834201	ESCISIÓN DE APONEUROSIS O VAINA DE TENDÓN	$ 303,148
5444	834202	TENOSINOVECTOMÍA	$ 368,656
5445	834203	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EXCEPTO MANO	$ 191,064
5446	834301	ESCISIÓN DE MÚSCULO O FASCIA PARA INJERTO	$ 292,348
5447	834401	OTRA FASCIECTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 470,745
5448	834402	OTRA FASCIECTOMÍA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 470,745
5449	834501	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO	$ 292,348
5450	834502	ESCALENECTOMÍA	$ 332,831
5451	834601	RESECCIÓN DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE VÍA ABIERTA	$ 303,148
5452	834602	RESECCIÓN DE VAINA TENDINOSA, FASCIA, MÚSCULO O TENDÓN; EXCEPTO MANO Y PIE VÍA ENDOSCÓPICA	$ 303,148
5453	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO	$ 200,340
5454	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO	$ 209,187
5455	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO	$ 199,593
5456	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA	$ 271,524
5457	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE	$ 271,524
5458	835101	BURSECTOMÍA ABIERTA	$ 219,476
5459	835501	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA	$ 600,436
5460	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDÓN O FASCIA O APONEUROSIS VÍA ABIERTA	$ 422,999
5461	836002	SUTURA DE MUSCULO O TENDÓN O FASCIA O APONEUROSIS VÍA ENDOSCÓPICA	$ 492,436
5462	836101	SUTURA DE ENVOLTURA DE TENDÓN	$ 400,373
5463	836201	TENORRAFIA DE FLEXORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)	$ 1,014,336
5464	836202	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)	$ 807,744
5465	836301	REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ABIERTA	$ 716,214
5466	836302	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,287,134
5467	836303	REVISIÓN DE REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR SIN AUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 870,088
5468	836304	REVISIÓN DE REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 870,088
5469	836306	REVISIÓN DE REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR SIN AUMENTACIÓN VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,416,337
5470	836307	REVISIÓN DE REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR CON AUMENTACIÓN VÍA ARTROSCÓPICA	$ 1,018,325
5471	836405	SUTURA DEL TENDÓN [TENODESIS] BICIPITAL POR ENDOSCOPIA	$ 726,521
5472	836406	SUTURA DE TENDONES DE CADERA VÍA ABIERTA	$ 883,119
5473	836407	SUTURA DE TENDONES DE CADERA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1,114,800
5474	837101	AVANZAMIENTO DE TENDÓN	$ 1,114,800
5475	837201	RETROCESO DE TENDÓN	$ 4,074,000
5476	837301	REFIJACIÓN DE TENDÓN	$ 1,114,800
5477	837401	REFIJACIÓN DE MÚSCULO	$ 1,114,800
5478	837501	TRANSFERENCIAS DEL PRONADOR REDONDO	$ 659,209
5479	837502	TRANSFERENCIAS DE TENDÓN EN PARÁLISIS RADIAL	$ 673,183
5480	837503	TRANSFERENCIA TENDINOSA O MIOTENDINOSA CON ESCAPULOPEXIA	$ 1,421,908
5481	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	$ 938,454
5482	837602	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE ANTEBRAZO	$ 682,786
5483	837603	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CODO	$ 811,995

5484	837604	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUÑECA	$ 614,412
5485	837605	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE CADERA	$ 829,111
5486	837606	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE MUSLO	$ 665,308
5487	837607	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE RODILLA	$ 636,701
5488	837608	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIERNA	$ 604,387
5489	837609	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE PIE	$ 604,387
5490	837701	TRASPLANTE DE MUSCULO	$ 2,181,300
5491	837702	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO	$ 2,181,300
5492	837901	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO CON DESCENSO DE TROCÁNTER MAYOR Y OSTEOTOMÍA	$ 766,782
5493	838101	INJERTO DE TENDÓN	$ 202,631
5494	838201	INJERTO DE MÚSCULO O FASCIA	$ 2,181,300
5495	838401	LIBERACIÓN DE MÚSCULO TENDÓN Y FASCIA DE PIE TALO	$ 766,782
5496	838501	ALARGAMIENTO TENDÓN POPLÍTEO	$ 586,820
5497	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDÓN DE AQUILES	$ 622,405
5498	838505	REPARACIÓN DEL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS CON FIJACIÓN	$ 540,238
5499	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA	$ 713,524
5500	838602	CUADRICEPLASTIA POR ARTROSCOPIA	$ 763,217
5501	838710	MUSCULOPLASTIA O MIOPLASTIA	$ 1,114,800
5502	838810	MIOTENOPLASTIA	$ 470,745
5503	838820	FIJACIÓN DE TENDÓN	$ 470,745
5504	838830	TENODESIS	$ 449,656
5505	838910	ALARGAMIENTO DE FASCIA	$ 470,745
5506	838940	FASCIOPLASTIA	$ 687,839
5507	838960	PLICATURA DE FASCIA	$ 470,745
5508	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDÓN [TENOLISIS]	$ 600,752
5509	839201	INSERCIÓN O REEMPLAZO DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 3,817,100
5510	839301	ELIMINACIÓN DE ESTIMULADOR MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 1,114,800
5511	839401	ASPIRACIÓN DE BURSA	$ 23,614
5512	839501	ASPIRACIÓN DE OTRO TEJIDO BLANDO	$ 23,614
5513	839601	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA	$ 8,616
5514	839701	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN	$ 8,616
5515	839901	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 266,186
5516	839902	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 266,186
5517	839903	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 302,342
5518	839906	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 230,671
5519	839907	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 298,547
5520	839908	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 368,656
5521	839909	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 266,528
5522	840001	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 721,685
5523	840002	AMPUTACIÓN KINEPLÁSTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 766,782
5524	840003	AMPUTACIÓN ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO SUPERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 516,838
5525	840101	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE DEDOS DE LA MANO (UNO O MÁS)	$ 443,895
5526	840201	AMPUTACIÓN Y DESARTICULACIÓN DE PULGAR	$ 354,141
5527	840301	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE MANO (CARPO)	$ 723,048

5528	840401	DESARTICULACIÓN DE MUÑECA	$ 577,175
5529	840501	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO	$ 547,607
5530	840601	DESARTICULACIÓN DE CODO	$ 810,047
5531	840701	AMPUTACIÓN DE BRAZO	$ 602,817
5532	840801	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO	$ 878,424
5533	840901	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR	$ 970,354
5534	841001	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 922,684
5535	841002	AMPUTACIÓN KINEPLÁSTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 309,016
5536	841003	AMPUTACIÓN ABIERTA O DE GUILLOTINA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO	$ 947,137
5537	841101	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE DEDO DE PIE (CADA UNO)	$ 248,688
5538	841201	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE RETROPIE	$ 732,432
5539	841202	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE MEDIOPIE	$ 732,432
5540	841203	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ANTEPIE	$ 731,108
5541	841301	DESARTICULACIÓN DE TOBILLO	$ 636,186
5542	841401	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ	$ 616,365
5543	841501	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIERNA	$ 881,162
5544	841601	DESARTICULACIÓN DE RODILLA	$ 723,048
5545	841701	AMPUTACIÓN POR ENCIMA DE RODILLA	$ 723,048
5546	841801	DESARTICULACIÓN DE CADERA	$ 1,076,508
5547	842101	REIMPLANTE DE PULGAR	$ 1,082,731
5548	842202	REIMPLANTE DE UN DEDO EN MANO	$ 1,024,745
5549	842203	REIMPLANTE DE DOS DEDOS EN MANO	$ 1,572,216
5550	842204	REIMPLANTE DE TRES DEDOS EN MANO	$ 2,073,932
5551	842205	REIMPLANTE DE CUATRO O MÁS DEDOS EN MANO	$ 3,690,403
5552	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO	$ 3,178,848
5553	842302	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DEL METACARPO	$ 2,073,932
5554	842303	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DE LA MUÑECA	$ 1,808,650
5555	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO	$ 3,172,830
5556	842501	REIMPLANTE DE ARTEJOS	$ 1,599,948
5557	842601	REIMPLANTE DE PIE	$ 2,045,424
5558	842701	REIMPLANTE DE PIERNA	$ 2,045,424
5559	842801	REIMPLANTE DE MUSLO	$ 1,718,462
5560	843101	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO	$ 568,833
5561	843201	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO	$ 627,041
5562	843301	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE BRAZO	$ 568,833
5563	843401	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MANO	$ 393,522
5564	843501	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE DEDOS DE MANO (UNO O MÁS)	$ 375,052
5565	843601	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE MUSLO	$ 581,870
5566	843701	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA	$ 513,797
5567	843801	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS	$ 441,093
5568	843901	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA	$ 628,151
5569	844101	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE BRAZO Y HOMBRO	$ 4,508,200
5570	844301	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR ENCIMA DE RODILLA	$ 4,508,200
5571	844401	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS POR DEBAJO DE RODILLA	$ 4,508,200

5572	844501	IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS DE PIERNA	$ 4,508,200
5573	849001	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES	$ 833,388
5574	849002	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES	$ 1,049,881
5575	849003	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS Y PARTES ÓSEAS	$ 1,189,033
5576	849101	OTRA AMPUTACIÓN	$ 996,632
5577	849301	SEPARACIÓN DE GEMELOS UNIDOS DESIGUALES	$ 850,672
5578	849401	CORRECCIÓN DE SINOSTOSIS RADIOCUBITAL	$ 670,022
5579	849501	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE: OSTEOTOMÍAS O FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) EN FÉMUR, TIBIA Y PERONÉ; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMÍAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN MUSLO, PIERNA Y PIE TRIPLE ARTRODESIS EN PIE	$ 7,874,831
5580	849502	INFUSIÓN AISLADA DE EXTREMIDAD	$ 1,984,600
5581	849503	PERFUSIÓN AISLADA DE EXTREMIDAD	$ 1,984,600
5582	849504	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE FÉMUR POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA CON FIJACIÓN INTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 3,634,890
5583	849505	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE FÉMUR POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA CON FIJACIÓN EXTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 3,634,890
5584	849506	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE TIBIA POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA CON FIJACIÓN INTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 3,525,156
5585	849507	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE TIBIA POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA CON FIJACIÓN EXTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 3,525,156
5586	849508	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE PIE POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA CON FIJACIÓN INTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 3,549,256
5587	849509	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE PIE POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA CON FIJACIÓN EXTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 3,549,256
5588	849510	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE ARTICULACIÓN POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA SIN FIJACIÓN INTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 3,525,156
5589	849511	RECONSTRUCCIÓN MÚLTIPLE DE ARTICULACIÓN POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA CON FIJACIÓN EXTERNA (INTERVENCIÓN DE PARTES BLANDAS, ÓSEAS O ARTICULARES)	$ 5,252,733
5590	849512	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE DE PIE: OSTEOTOMÍAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACIÓN INTERNA INTERVENCIÓN DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS	$ 6,241,066
5591	849513	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE DE PIE: OSTEOTOMÍAS EN RETROPIE O MEDIOPIE O ANTEPIE CON FIJACIÓN EXTERNA INTERVENCIÓN DE TENDONES O ARTICULACIONES O LIGAMENTOS	$ 3,323,700
5592	849701	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MÚLTIPLE: OSTEOTOMÍAS O FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) EN HÚMERO, CÚBITO O RADIO; TRANSFERENCIAS MUSCULOTENDINOSAS; TENOTOMÍAS O ALARGAMIENTOS TENDINOSOS EN BRAZO, ANTEBRAZO, MUÑECA O MANO	$ 6,928,479
5593	850101	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA	$ 420,111
5594	850201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE MAMA POR MASTOTOMÍA	$ 201,112
5595	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	$ 722,095
5596	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$ 501,163
5597	851103	BIOPSIA DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 244,012
5598	851201	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA	$ 220,595
5599	851301	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U OTRO DISPOSITIVO	$ 169,700
5600	851302	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA	$ 728,314
5601	851303	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA RADIOGUIADA	$ 168,097
5602	852002	ESCISIÓN SELECTIVA DE CANAL GALACTÓFORO	$ 368,656

5603	852003	ESCISIÓN EN BLOQUE DE CONDUCTOS GALACTÓFOROS	$ 307,248
5604	852101	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA	$ 404,370
5605	852201	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA	$ 2,796,957
5606	852202	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA CON CONDUCTOS TERMINALES	$ 1,360,670
5607	852301	MASTECTOMÍA SUBTOTAL	$ 558,982
5608	852401	ESCISIÓN DE PEZÓN ACCESORIO O SUPERNUMERARIO	$ 334,033
5609	852601	ESCISIÓN DE PEZÓN	$ 368,656
5610	852602	ESCISIÓN DE COMPLEJO AREOLA PEZÓN	$ 423,736
5611	853001	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] UNILATERAL	$ 3,061,455
5612	853002	PEXIA MAMARIA [MAMOPEXIA] BILATERAL	$ 4,801,830
5613	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN UNILATERAL	$ 4,655,196
5614	853104	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL	$ 6,065,272
5615	853201	MAMOPLASTIA DE AUMENTO UNILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 5,453,283
5616	853202	MAMOPLASTIA DE AUMENTO BILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 7,195,500
5617	853203	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO UNILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 1,536,500
5618	853204	MAMOPLASTIA ESTETICA DE AUMENTO BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 1,536,500
5619	853401	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA UNILATERAL	$ 3,817,100
5620	853402	MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA BILATERAL	$ 3,817,100
5621	854001	MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA CON RECONSTRUCCIÓN SIMULTÁNEA	$ 720,673
5622	854002	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA	$ 1,563,038
5623	854101	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL	$ 693,532
5624	854102	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA	$ 720,673
5625	854103	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN	$ 720,673
5626	854201	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL	$ 1,261,451
5627	854202	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA	$ 1,140,104
5628	854203	MASTECTOMÍA SIMPLE BILATERAL CON PRESERVACIÓN DE PIEL O COMPLEJO AREOLA PEZÓN	$ 1,158,552
5629	854301	MASTECTOMÍA SIMPLE CON ESCISIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES	$ 1,320,128
5630	854401	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,120,505
5631	854501	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFÁTICO REGIONALES	$ 920,733
5632	854502	MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA UNILATERAL	$ 2,538,558
5633	854601	MASTECTOMÍA RADICAL BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,719,355
5634	854701	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS, GANGLIOS LINFÁTICOS (AXILARES, CLAVICULARES, SUPRACLAVICULARES, MAMARIOS INTERNOS Y MEDIASTÍNICOS)	$ 949,077
5635	854801	MASTECTOMÍA RADICAL AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 1,600,758
5636	857101	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 3,454,588
5637	857102	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON DISPOSITIVO	$ 2,525,014
5638	857201	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO	$ 2,295,300
5639	857202	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON COLGAJO	$ 1,490,355
5640	857203	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 1,490,355
5641	857204	RECONSTRUCCIÓN DE MAMA BILATERAL CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 3,541,516
5642	858101	SUTURA DE HERIDA DE MAMA	$ 368,656
5643	858201	INJERTO DE GROSOR PARCIAL EN LA PIEL DE LA MAMA	$ 579,051
5644	858301	INJERTO DE GROSOR TOTAL EN LA PIEL DE LA MAMA	$ 720,673
5645	858401	COLGAJO LOCAL EN LA MAMA	$ 755,189
5646	858402	COLGAJO LOCAL CUTÁNEO EN LA MAMA	$ 636,545
5647	858403	COLGAJO LOCAL MUSCULOCUTÁNEO EN LA MAMA	$ 724,017
5648	858405	COLGAJO LIBRE CON TÉCNICA MICROVASCULAR EN LA MAMA	$ 755,189
5649	858701	RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN	$ 569,252
5650	858702	DIFERIMIENTO DEL COMPLEJO AREOLA PEZON	$ 720,673

5651	859001	INCISIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULOTOMÍA EN MAMA)	$ 880,600
5652	859002	EXTRACCIÓN DE CÁPSULA DE DISPOSITIVO EN MAMA (CAPSULECTOMÍA EN MAMA)	$ 880,600
5653	859401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA UNILATERAL	$ 880,600
5654	859402	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL	$ 1,368,599
5655	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	$ 141,584
5656	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)	$ 155,300
5657	860103	BIOPSIA ESCISIONAL DE UÑA (LECHO O MATRIZ)	$ 141,584
5658	860201	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA	$ 35,172
5659	860202	PRUEBA EPICUTÁNEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHE)	$ 590,700
5660	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	$ 169,218
5661	860204	PRUEBA INTRADERMOREACCIÓN DE ESPOROTRIQUINA	$ 53,900
5662	860205	TUBERCULINA PRUEBA [DE MANTOUX]	$ 37,671
5663	860206	LEPROMINA PRUEBA [DE MITSUDA]	$ 44,299
5664	860207	Leishmania PRUEBA [DE MONTENEGRO]	$ 20,595
5665	860208	PRUEBA DE INTRADERMOREACCIÓN PARA COMPROBAR INMUNIDAD CONTRA MICROORGANISMOS	$ 53,900
5666	860209	Trypanosoma cruzi PRUEBA [DE MACHADO GUERREIRO]	$ 20,393
5667	860210	ESTUDIO FOTOBIOLÓGICO (FOTOPARCHE)	$ 590,700
5668	861001	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS EN BLOQUE	$ 655,200
5669	861002	RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE MATERIALES EXÓGENOS POR ALOGENOSIS CIRCUNFERENCIAL	$ 655,200
5670	861101	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$ 99,400
5671	861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$ 496,496
5672	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$ 99,400
5673	861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 1,343,183
5674	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN	$ 183,272
5675	861202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL POR INCISIÓN	$ 320,788
5676	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	$ 45,087
5677	861401	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES	$ 65,264
5678	861402	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	$ 60,453
5679	861403	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MÁS DE DIEZ LESIONES	$ 73,568
5680	861410	TATUAJE INTRADÉRMICO O INYECCIÓN DE PIGMENTOS OPACOS INSOLUBLES	$ 239,400
5681	861411	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULÍNICA)	$ 366,027
5682	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	$ 49,570
5683	861803	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBDÉRMICO (EPIDERMOCLISIS)	$ 54,291
5684	861804	INSERCIÓN DE ESTIMULADOR ELÉCTRICO TRANSCUTÁNEO	$ 4,074,000
5685	861805	INSERCIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TOTALMENTE IMPLANTABLE	$ 62,390
5686	861902	REVISIÓN DE DISPOSITIVO DE INFUSIÓN	$ 4,074,000
5687	861903	RECAMBIO DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA EN DISPOSITIVO DE INFUSIÓN	$ 673,574
5688	861904	PROGRAMACIÓN O REPROGRAMACIÓN DE DISPOSITIVO DE INFUSIÓN	$ 554,756
5689	861905	RETIRO O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE INFUSIÓN	$ 2,152,069
5690	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO	$ 484,464
5691	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXIÓN (AXILA, ANTECUBITAL, HUECOS POPLÍTEOS, INGUINAL)	$ 368,656
5692	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS	$ 405,488
5693	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES	$ 368,656

5694	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN GENITALES	$ 720,673
5695	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL	$ 220,595
5696	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL	$ 404,370
5697	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL	$ 508,046
5698	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL	$ 569,822
5699	862010	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DEL 50% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL	$ 604,788
5700	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL	$ 292,348
5701	862102	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE PILONIDAL	$ 490,090
5702	862103	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISIÓN ABIERTA)	$ 556,491
5703	862104	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO	$ 972,463
5704	862310	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO	$ 449,656
5705	862311	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMÍA, RESECCIÓN DE BURSA POR ÚLCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	$ 1,051,445
5706	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESIÓN PROFUNDA (ÚLCERA) CON COCCIGECTOMÍA	$ 781,867
5707	862313	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)	$ 514,434
5708	862314	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMÍA	$ 1,781,195
5709	862315	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON RESECCIÓN DE BURSA POR ÚLCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO	$ 1,212,869
5710	862320	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN MUÑECA O MANOS	$ 422,432
5711	862324	ESCARECTOMÍA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 818,782
5712	862326	ESCARECTOMÍA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 993,424
5713	862328	ESCARECTOMÍA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1,076,686
5714	862329	ESCARECTOMÍA DEL 30% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 989,284
5715	862351	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN MUÑECAS O MANOS	$ 268,727
5716	862352	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TOBILLOS O PIES	$ 266,528
5717	862353	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS	$ 268,727
5718	862354	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD INFERIOR EXCEPTO TOBILLO PIE	$ 268,727
5719	862355	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRONCO (TÓRAX O ABDOMEN)	$ 268,727
5720	862401	DERMOEXFOLIACIÓN SUPERFICIAL	$ 2,181,300
5721	862402	DERMOEXFOLIACIÓN MEDIA	$ 1,114,800
5722	862403	DERMOEXFOLIACIÓN PROFUNDA	$ 1,114,800
5723	862404	DERMOEXFOLIACIÓN CON LÁSER PARCIAL O TOTAL	$ 3,323,700
5724	862505	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA GENERAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 266,528
5725	862506	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA GENERAL ENTRE EL 10% AL 19 % DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 266,528
5726	862507	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA GENERAL ENTRE EL 20% AL 29 % DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 266,528
5727	862508	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA GENERAL DEL 30 % AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 266,528
5728	862509	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) DE ÁREA GENERAL DEL 50% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 266,528
5729	862510	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO	$ 391,723

5730	862511	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) EN ÁREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXIÓN (AXILA, ANTECUBITAL, HUECOS POPLÍTEOS, INGUINAL)	$ 453,366
5731	862512	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) EN ÁREA ESPECIAL EN MUÑECAS Y MANOS	$ 453,366
5732	862513	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) EN ÁREA ESPECIAL EN TOBILLOS Y PIES	$ 453,366
5733	862514	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) EN ÁREA ESPECIAL EN GENITALES	$ 493,216
5734	862601	DESBRIDAMIENTO CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA	$ 1,198,894
5735	862602	SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE PRESIÓN SUBATMOSFÉRICA	$ 755,189
5736	862603	DESBRIDAMIENTO (MECÁNICO O FÍSICO) CON DISPOSITIVO	$ 1,114,800
5737	862701	ONICECTOMÍA	$ 206,046
5738	862702	MATRICECTOMÍA PARCIAL	$ 190,027
5739	862703	MATRICECTOMÍA TOTAL	$ 207,303
5740	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 183,272
5741	862802	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 5%AL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 183,272
5742	862803	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 10% AL 20% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 368,656
5743	862804	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 20% AL 30% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 576,216
5744	862805	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 30% AL 40% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 576,216
5745	862806	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO ENTRE EL 40% AL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 657,024
5746	862807	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO MAYOR DEL 50% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 657,024
5747	862901	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	$ 502,905
5748	863101	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES	$ 39,970
5749	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES	$ 76,712
5750	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	$ 80,200
5751	863104	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	$ 164,449
5752	863105	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES	$ 176,156
5753	863501	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, HASTA CINCO LESIONES	$ 144,600
5754	863502	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	$ 199,692
5755	863503	ESCISIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR RADIOFRECUENCIA, MÁS DE DIEZ LESIONES	$ 161,118
5756	863601	APERTURA O RESECCIÓN DE QUISTES O PÚSTULAS (CIRUGÍA PARA ACNÉ)	$ 99,400
5757	863602	EXTRACCIÓN DE COMEDONES (COMEDOLISIS)	$ 99,400
5758	863603	ABLACIÓN DE TELANGIECTASIAS POR ESCLEROTERAPIA	$ 1,414,600
5759	863690	ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIÓN CUTÁNEA	$ 1,114,800
5760	864101	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES CENTÍMETROS	$ 265,003
5761	864102	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	$ 354,619
5762	864103	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS	$ 420,014
5763	864104	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS	$ 573,822

5764	864105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	$ 587,828
5765	864106	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	$ 2,181,300
5766	864201	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO	$ 273,034
5767	864202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTÍMETROS	$ 343,139
5768	864203	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS	$ 408,929
5769	864204	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	$ 515,158
5770	864205	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 713,918
5771	864301	CIRUGÍA MICROGRAFICA [DE MOHS] POR CORTE	$ 1,536,500
5772	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	$ 139,281
5773	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	$ 201,112
5774	865201	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA	$ 361,756
5775	865202	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	$ 227,670
5776	865203	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 422,432
5777	865204	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA	$ 629,908
5778	865205	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	$ 401,374
5779	865206	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 381,659
5780	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	$ 348,083
5781	865208	SUTURA DE AVULSIÓN EN PABELLÓN AURICULAR, NARIZ, LABIOS, PÁRPADOS O GENITALES	$ 571,204
5782	865209	RECONSTRUCCIÓN DE AVULSIÓN (TOTAL O PARCIAL) DE CUERO CABELLUDO O ÁREA ESPECIAL CON TÉCNICA MICROVASCULAR	$ 332,831
5783	865210	SUTURA DE MATRIZ UNGUEAL	$ 146,649
5784	866101	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 515,944
5785	866102	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 871,412
5786	866103	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL DEL VEINTE 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 825,432
5787	866104	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA GENERAL MAYOR DEL TREINTA 30% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1,009,885
5788	866110	INJERTO DE PIEL PARCIAL EN ÁREA ESPECIAL	$ 662,308
5789	866201	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL MENOR DEL DIEZ 10% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 576,216
5790	866202	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL DEL DIEZ 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 663,436
5791	866203	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 783,608
5792	866204	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA GENERAL DEL 30% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL TOTAL	$ 1,038,535
5793	866205	INJERTO DE PIEL TOTAL EN ÁREA ESPECIAL	$ 662,308
5794	866301	INJERTO CONDROCUTÁNEO	$ 586,968
5795	866401	INJERTO DE CUERO CABELLUDO (ALOPECIA SECUELA POST - TRAUMA)	$ 547,123
5796	866402	MICROINJERTO DE CUERO CABELLUDO	$ 732,432
5797	866403	INJERTO DE REGIÓN PILOSA	$ 2,181,300
5798	866501	INJERTO HETERÓLOGO DE PIEL	$ 890,808
5799	866601	INJERTO HOMÓLOGO DE PIEL	$ 515,944

5800	866602	HOMOINJERTO O AUTOINJERTO DE PIEL POR CULTIVO	$ 638,491
5801	866701	INJERTO GRASO	$ 555,496
5802	866702	INJERTO DERMOGRASO	$ 438,991
5803	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 421,722
5804	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 593,292
5805	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 616,716
5806	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 507,408
5807	867101	COLGAJO ÚNICO DE CUERO CABELLUDO	$ 374,979
5808	867102	COLGAJO MÚLTIPLE DE CUERO CABELLUDO	$ 732,432
5809	867103	COLGAJO CUTÁNEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 991,135
5810	867104	COLGAJO COMPUESTO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 1,158,485
5811	867105	COLGAJO LIBRE CUTÁNEO CON TÉCNICA MICROVASCULAR	$ 3,063,797
5812	867106	COLGAJO LIBRE COMPUESTO CON TÉCNICA MICROVASCULAR	$ 3,826,362
5813	867107	COLGAJO NEUROVASCULAR (EN ISLA)	$ 3,402,763
5814	867108	COLGAJO COMPUESTO CON TÉCNICA MICROVASCULAR (EN PROPELA)	$ 5,651,100
5815	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 600,162
5816	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 856,143
5817	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1,021,942
5818	867301	DIFERIMIENTO DE CUALQUIER COLGAJO [DELAY]	$ 580,970
5819	867302	COLGAJO COMPUESTO PREFABRICADO	$ 2,104,862
5820	867501	REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO	$ 900,052
5821	868101	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA GENERAL	$ 326,167
5822	868102	RESECCIÓN SIMPLE DE CICATRIZ EN ÁREA ESPECIAL	$ 428,747
5823	868103	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA GENERAL	$ 239,400
5824	868104	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA ESPECIAL	$ 239,400
5825	868201	RITIDECTOMÍA ARRUGAS GLABELARES	$ 3,323,700
5826	868202	RITIDECTOMÍA ARRUGAS ÁNGULO EXTERNO DEL OJO VÍA CORONAL	$ 3,323,700
5827	868203	RITIDECTOMÍA CERVICOFACIAL SIN FRENTE	$ 3,323,700
5828	868204	RITIDECTOMÍA TOTAL (FRENTE, PÁRPADOS, MEJILLA Y CUELLO)	$ 3,323,700
5829	868205	RITIDECTOMÍA DE FRENTE (VÍA CORONAL O ENDOSCÓPICA)	$ 3,323,700
5830	868206	RITIDECTOMÍA SUBPERIÓSTICA	$ 943,158
5831	868302	RESECCIÓN DE BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT EN CARA	$ 611,538
5832	868306	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPOSUCCIÓN	$ 900,052
5833	868307	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN CARA, POR LIPECTOMÍA	$ 4,992,038
5834	868308	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPOSUCCIÓN	$ 943,158
5835	868309	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN ÁREA SUBMANDIBULAR, POR LIPECTOMÍA	$ 943,158
5836	868310	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPOSUCCIÓN	$ 5,683,611
5837	868311	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO DE PARED ABDOMINAL, POR LIPECTOMÍA	$ 7,289,045
5838	868312	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPOSUCCIÓN	$ 900,052
5839	868313	REDUCCIÓN DE TEJIDO ADIPOSO EN MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS, POR LIPECTOMÍA	$ 7,170,898
5840	868314	PANICULECTOMÍA DE TÓRAX	$ 1,940,432
5841	868315	PANICULECTOMÍA DE ABDOMEN	$ 3,744,800
5842	868316	PANICULECTOMÍA DE MUSLOS, PELVIS, GLÚTEOS O BRAZOS	$ 755,189
5843	868401	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS	$ 450,863
5844	868402	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO	$ 563,169
5845	868403	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, MÁS DE CINCO	$ 672,713

5846	868501	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE UNO A DOS	$ 653,026
5847	868502	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO	$ 702,081
5848	868503	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), MÁS DE CINCO	$ 1,010,990
5849	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS	$ 395,257
5850	868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO	$ 477,907
5851	868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MÁS DE CINCO	$ 552,788
5852	868507	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE	$ 257,880
5853	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXIÓN	$ 809,834
5854	868601	ONICOPLASTIA CON COLGAJO DE UÑA	$ 141,584
5855	868602	REPOSICIÓN UÑA DE POLIETILENO	$ 107,757
5856	868603	RECONSTRUCCIÓN DEL LECHO UNGUEAL CON INJERTO DE MATRIZ UNGUEAL	$ 257,880
5857	868604	RECONSTRUCCIÓN DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO	$ 446,520
5858	868701	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON DISPOSITIVO	$ 3,817,100
5859	868702	PLASTIA DE PECTORALES DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 3,817,100
5860	868703	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON DISPOSITIVO	$ 3,744,800
5861	868704	GLUTEOPLASTIA DE AUMENTO CON TEJIDO AUTÓLOGO	$ 3,744,800
5862	868705	PLASTIA DE PANTORILLA CON DISPOSITIVO	$ 2,181,300
5863	869101	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES SIMPLE CON RESECCIÓN GANGLIONAR	$ 462,468
5864	869102	RESECCIÓN DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS AXILARES CON RESECCIÓN TOTAL DEL ÁREA	$ 588,482
5865	869103	RESECCIÓN PARCIAL DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS	$ 489,603
5866	869104	RESECCIÓN TOTAL DE GLÁNDULAS SUDORÍPARAS	$ 644,559
5867	869201	DERIVACIÓN LINFÁTICA (MANEJO DE LINFEDEMA)	$ 577,020
5868	869202	ANASTOMOSIS LINFÁTICO VENOSO	$ 803,386
5869	869203	ANASTOMOSIS LINFÁTICO LINFÁTICA	$ 803,386
5870	869204	TRANSPOSICIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS CON ANASTOMOSIS	$ 803,386
5871	869205	REDUCCIÓN DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO (MANEJO DE LINFEDEMA)	$ 803,386
5872	869401	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	$ 32,500
5873	869501	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	$ 25,772
5874	869601	INSERCIÓN (SUBCUTÁNEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (ÚNICO O MÚLTIPLE)	$ 725,558
5875	869701	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (ÚNICO O MÚLTIPLE)	$ 363,933
5876	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 34,344
5877	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	$ 52,894
5878	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 23,160
5879	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 32,878
5880	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 38,594
5881	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 37,846
5882	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 45,911
5883	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 32,878
5884	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 31,744
5885	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS	$ 33,078
5886	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 32,878
5887	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 32,878
5888	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 26,936
5889	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 31,744
5890	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 32,878
5891	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 33,078

5892	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 31,744
5893	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 36,646
5894	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 35,168
5895	870603	RADIOGRAFÍA DE FARINGE [FARINGOGRAFÍA]	$ 36,646
5896	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 38,488
5897	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 31,937
5898	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 33,217
5899	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 31,390
5900	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 39,424
5901	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 31,540
5902	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 47,353
5903	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 103,684
5904	871062	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 51,478
5905	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 30,444
5906	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 29,691
5907	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 31,131
5908	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 29,793
5909	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 30,127
5910	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 31,018
5911	871181	MOVILIDAD DIAFRAGMÁTICA POR FLUOROSCOPIA PULMONAR	$ 22,983
5912	871202	APICOGRAMA	$ 18,165
5913	871208	RADIOGRAFÍA PARA SERIE CARDIOVASCULAR (CORAZÓN Y GRANDES VASOS, SILUETA CARDÍACA) CON BARIO EN ESÓFAGO	$ 66,349
5914	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 39,421
5915	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 29,638
5916	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 52,493
5917	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 84,666
5918	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE	$ 108,355
5919	872103	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CON MARCADORES	$ 64,177
5920	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	$ 82,744
5921	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 100,411
5922	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 99,235
5923	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 109,755
5924	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 94,525
5925	872201	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR CATETERISMO BRAQUIAL RETROGRADO O POR CATETERISMO FEMORAL	$ 384,851
5926	872202	AORTOGRAMA ABDOMINAL Y ESTUDIO DE MIEMBROS INFERIORES	$ 1,354,701
5927	872510	COLECISTOGRAFÍA ORAL	$ 65,990
5928	872520	COLANGIOGRAFÍA -TOMOGRAFÍA	$ 91,924
5929	873001	RADIOGRAFÍA PARA SERIE ESQUELÉTICA	$ 116,424
5930	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)	$ 115,883
5931	873003	RADIOGRAFÍA PARA ESTUDIOS DE LONGITUD DE LOS HUESOS (ORTORRADIOGRAFÍA Y ESCANOGRAMA)	$ 24,674
5932	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 23,568
5933	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 30,544

5934	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 23,568
5935	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 30,544
5936	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 23,568
5937	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 53,386
5938	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 13,504
5939	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 30,544
5940	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 23,568
5941	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 23,568
5942	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 23,568
5943	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICIÓN DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA]	$ 37,706
5944	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 32,239
5945	873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS	$ 31,501
5946	873305	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	$ 119,886
5947	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	$ 43,098
5948	873308	RADIOGRAFÍA DIGITAL DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE LONGITUD)	$ 35,821
5949	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL	$ 38,416
5950	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 30,544
5951	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 30,544
5952	873314	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN TIBIAL	$ 28,623
5953	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 23,568
5954	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 23,568
5955	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 31,828
5956	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO -FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 29,080
5957	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 13,504
5958	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 30,544
5959	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 13,504
5960	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 40,681
5961	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 23,568
5962	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 14,072
5963	873444	RADIOGRAFÍAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)	$ 14,072
5964	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 96,523
5965	874111	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 544,314
5966	874112	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 597,562
5967	874113	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 409,811
5968	874114	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA EXTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 581,853
5969	874121	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANENANA	$ 1,255,928
5970	874122	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA BILATERAL SELECTIVA INTRACRANENANA	$ 729,280
5971	874123	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 436,187
5972	874124	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 581,853
5973	874125	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 666,277
5974	874130	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL	$ 2,062,143
5975	874131	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	$ 496,048
5976	874132	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL SELECTIVA INTRACRANEANA	$ 658,216
5977	874133	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA CON CARÓTIDAS (PANANGIOGRAFÍA)	$ 2,123,316

5978	874134	ARTERIOGRAFÍA VERTEBRAL BILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA CON AORTOGRAMA DE CAYADO	$ 723,799
5979	874150	ARTERIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 703,056
5980	874201	CISTERNOGRAFÍA	$ 805,332
5981	874301	VENOGRAFÍA SELECTIVA DIAGNÓSTICA DE CABEZA Y CUELLO (UNO O MÁS VASOS)	$ 752,791
5982	874310	FLEBOGRAFÍA DE SENO SAGITAL SUPERIOR	$ 194,297
5983	874311	FLEBOGRAFÍA EPIDURAL	$ 298,577
5984	874313	FLEBOGRAFÍA YUGULAR CON CATÉTER	$ 193,468
5985	874510	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	$ 153,843
5986	874701	SIALOGRAFÍA (CUALQUIER GLÁNDULA)	$ 138,304
5987	874801	FARINGOLARINGOGRAFÍA	$ 116,288
5988	874810	FARINGOLARINGOGRAFÍA DINÁMICA (CON CINE O VIDEO)	$ 136,400
5989	874901	FISTULOGRAFÍA DE CUELLO	$ 77,677
5990	874910	FARINGOGRAFÍA O ESOFAGOGRAMA (ESTUDIO DE LA DEGLUCIÓN)	$ 141,600
5991	874931	ESTUDIO DE DERIVACIÓN [CORTOCIRCUITO] O DRENAJE A TRAVÉS DE CATÉTER PERMANENTE NO VASCULAR	$ 285,200
5992	875101	ANGIOGRAFÍA ESPINAL	$ 1,178,195
5993	875411	DISCOGRAFÍA CERVICAL (UN DISCO)	$ 218,600
5994	875412	DISCOGRAFÍA CERVICAL (DOS O MÁS DISCOS)	$ 218,600
5995	875421	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (UN DISCO)	$ 218,600
5996	875422	DISCOGRAFÍA SEGMENTO TORÁCICO (DOS O MÁS DISCOS)	$ 218,600
5997	875431	DISCOGRAFÍA DE SEGMENTO LUMBAR (UN DISCO)	$ 218,600
5998	875432	DISCOGRAFÍA DESEGMENTO LUMBAR (DOS O MÁS DISCOS)	$ 218,600
5999	875441	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (UN DISCO)	$ 218,600
6000	875442	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (DOS O MÁS DISCOS)	$ 218,600
6001	875501	MIELOGRAFÍA TOTAL DE COLUMNA	$ 239,400
6002	875510	MIELOGRAFÍA CERVICAL	$ 239,400
6003	875520	MIELOGRAFÍA TORÁCICA	$ 239,400
6004	875530	MIELOGRAFÍA LUMBAR	$ 239,322
6005	875531	MIELOGRAFÍA DINÁMICA LUMBAR	$ 176,969
6006	875601	ARTROGRAFÍA CERVICAL	$ 176,145
6007	875603	ARTROGRAFÍA LUMBAR	$ 176,145
6008	876110	AORTOGRAMA TORÁCICO	$ 285,658
6009	876111	MAPEO DEL ÁRBOL PULMONAR VÍA PERCUTÁNEA (ENDOVASCULAR)	$ 424,509
6010	876120	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA	$ 723,279
6011	876121	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	$ 1,477,564
6012	876122	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	$ 1,216,215
6013	876123	VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	$ 690,326
6014	876130	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR	$ 1,314,092
6015	876131	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL CON CATETERISMO DERECHO	$ 711,349
6016	876132	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	$ 546,212
6017	876136	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR UNILATERAL SELECTIVA	$ 735,538
6018	876137	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR NO SELECTIVA O POR INYECCIÓN VENOSA	$ 429,181
6019	876140	ARTERIOGRAFÍA TORÁCICA DE ARTERIA MAMARIA INTERNA	$ 1,265,810
6020	876190	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA TORÁCICA DE OTROS VASOS	$ 666,825
6021	876212	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO	$ 275,228
6022	876222	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN IZQUIERDO	$ 262,689
6023	876231	ANGIOCARDIOGRAFÍA DE CORAZÓN DERECHO E IZQUIERDO	$ 275,228
6024	876241	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	$ 735,515
6025	876260	RADIOGRAFÍA CARDÍACA DE CONTRASTE NEGATIVO	$ 587,100
6026	876320	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (VENAS PULMONARES)	$ 297,187

6027	876390	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (OTRAS VENAS INTRATORÁCICAS)	$ 578,696
6028	876401	LINFANGIOGRAFÍA INTRATORÁCICA	$ 402,900
6029	876501	FISTULOGRAFÍA DE PARED TORÁCICA	$ 69,856
6030	876611	BRONCOGRAFÍA UNILATERAL	$ 116,288
6031	876612	BRONCOGRAFÍA BILATERAL	$ 160,498
6032	876901	GALACTOGRAFÍA DE UN CONDUCTO	$ 143,867
6033	876902	GALACTOGRAFÍA DE MÚLTIPLES CONDUCTOS	$ 143,867
6034	877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	$ 285,658
6035	877111	AORTOGRAMA ABDOMINAL POR SERIOGRAFÍA	$ 369,328
6036	877112	ARTERIOGRAFÍA DE VASOS ABDOMINALES (SELECTIVA)	$ 1,862,714
6037	877161	ESPLENOPORTOGRAFÍA ARTERIAL	$ 404,850
6038	877171	ARTERIOGRAFÍA PELVICA (SELECTIVA)	$ 1,117,635
6039	877201	FLEBOGRAFÍA (VENOGRAFÍA) ABDOMINAL O PÉLVICA (SELECTIVA)	$ 3,096,260
6040	877210	FLEBOGRAFÍA ABDOMINAL (SISTEMA DE LA VENA PORTA)	$ 874,782
6041	877214	PORTOGRAFÍA TRANSHEPÁTICA	$ 467,973
6042	877301	LINFANGIOGRAFÍA ABDOMINAL (UNILATERAL O BILATERAL)	$ 568,306
6043	877302	LINFANGIOGRAFÍA PÉLVICA (UNILATERAL O BILATERAL)	$ 402,900
6044	877401	FISTULOGRAFÍA EN PARED ABDOMINAL	$ 70,875
6045	877402	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERINEAL	$ 77,677
6046	877403	FISTULOGRAFÍA EN REGIÓN PERIANAL	$ 77,677
6047	877501	PERITONEOGRAFÍA	$ 1,616,199
6048	877602	COLANGIOGRAFÍA POR TUBO O CATÉTER EN LA VÍA BILIAR	$ 227,635
6049	877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 226,635
6050	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 91,357
6051	877812	PIELOGRAFÍA A TRAVÉS DE TUBO DE NEFROSTOMIA	$ 215,607
6052	877814	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER DEJADO EN EL URÉTER O A TRAVÉS DE URETEROSTOMÍA	$ 57,220
6053	877815	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA	$ 62,822
6054	877816	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 447,620
6055	877831	URETEROGRAFÍA RETRÓGRADA A TRAVÉS DE CATÉTER O URETEROSTOMÍA	$ 102,307
6056	877851	CISTOGRAFÍA CON PROYECCIONES OBLICUAS	$ 103,910
6057	877861	URETROCISTOGRAFÍA	$ 138,861
6058	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 138,861
6059	877863	URETROCISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 139,852
6060	877871	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	$ 121,475
6061	877901	HISTEROSALPINGOGRAFÍA	$ 127,711
6062	877932	SALPINGOGRAFÍA SELECTIVA CON RECANALIZACIÓN DE TROMPA	$ 192,500
6063	877940	VAGINOGRAFÍA	$ 123,254
6064	877941	GENITOGRAFÍA	$ 192,500
6065	877951	VESICULOGRAFÍA	$ 454,739
6066	877971	EPIDIDIMOGRAFÍA DE CONTRASTE	$ 192,500
6067	877980	CAVERNOGRAFÍA Y CAVERNOMETRÍA	$ 452,625
6068	877981	DEFERENTOGRAFÍA O VASOGRAFÍA	$ 192,500
6069	878101	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	$ 1,279,297
6070	878111	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO	$ 1,900,541
6071	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR PUNCIÓN	$ 1,028,646
6072	878301	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 359,778
6073	878401	FLEBOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR	$ 359,778
6074	878501	LINFANGIOGRAFÍA DE UN MIEMBRO SUPERIOR	$ 402,900
6075	878502	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS SUPERIORES	$ 402,900

6076	878601	LINFANGIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR	$ 402,900
6077	878602	LINFANGIOGRAFÍA DE AMBOS MIEMBROS INFERIORES	$ 402,900
6078	878711	ARTROGRAFÍA DE HOMBRO	$ 174,423
6079	878721	ARTROGRAFÍA DE CODO	$ 164,649
6080	878731	ARTROGRAFÍA DE MUÑECA	$ 165,799
6081	878811	ARTROGRAFÍA DE CADERA	$ 165,799
6082	878812	ARTROGRAFÍA DE RODILLA	$ 165,799
6083	878831	ARTROGRAFÍA DE TOBILLO	$ 165,799
6084	878901	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA A TRAVÉS DE CATÉTER PREVIAMENTE COLOCADO	$ 214,591
6085	878902	FARMACOANGIOGRAFIA PERCUTÁNEA	$ 485,412
6086	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA	$ 342,770
6087	878904	LINFANGIOGRAFÍA	$ 402,900
6088	878905	ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO VÍA PERCUTÁNEA	$ 419,412
6089	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 155,272
6090	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 170,320
6091	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 195,000
6092	879114	CISTERNOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA (TC)	$ 351,106
6093	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 170,440
6094	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 132,480
6095	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 170,440
6096	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 153,989
6097	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 159,306
6098	879141	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MAXILARES (ESTUDIO IMPLANTOLOGÍA)	$ 131,389
6099	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 170,328
6100	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 129,473
6101	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARÍNGE	$ 128,000
6102	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 103,896
6103	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO) "	$ 128,601
6104	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 161,584
6105	879302	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORAZÓN Y GRANDES VASOS	$ 1,808,381
6106	879303	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TORAX DE BAJA DOSIS (TC -BD)	$ 990,600
6107	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 210,944
6108	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 183,056
6109	879411	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE INTESTINO [ENTEROTC]	$ 352,263
6110	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 186,300
6111	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 138,243
6112	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$ 387,458
6113	879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	$ 87,247
6114	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 132,813
6115	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 122,070
6116	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 119,419
6117	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 52,360
6118	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 50,248
6119	879901	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VASOS	$ 827,055
6120	879902	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CORONARIAS [ANGIOTC CORONARIO]	$ 1,970,670
6121	879903	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON PERFUSIÓN	$ 235,661

6122	879904	TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA ENDOVASCULAR (INTRAVASCULAR)	$ 143,600
6123	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 277,775
6124	879911	TOMOGRAFÍA COMPUTADA RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 118,584
6125	879920	TOMOGRAFÍA COMPUTADA CON MODALIDAD DINÁMICA (SECUENCIA RÁPIDA)	$ 46,133
6126	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 174,713
6127	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS	$ 56,272
6128	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 94,086
6129	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 69,949
6130	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 31,488
6131	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 33,581
6132	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 35,289
6133	881151	ECOGRAFÍA DE GLANGLIOS CERVICALES (MAPEO)	$ 47,094
6134	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 42,763
6135	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	$ 175,449
6136	881203	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON CONTRASTE	$ 362,381
6137	881204	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO TRIDIMENSIONAL	$ 277,194
6138	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	$ 285,958
6139	881206	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO CON CONTRASTE	$ 352,361
6140	881207	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO TRIDIMENSIONAL	$ 352,361
6141	881208	MONITOREO ECOCARDIOGRÁFICO TRANSESOFÁGICO	$ 350,723
6142	881209	ECOCARDIOGRAFÍA INTRACARDÍACA	$ 38,921
6143	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	$ 397,530
6144	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 37,176
6145	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$ 38,738
6146	881213	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE MEDIASTINO, TRÁQUEA Y BRONQUIOS	$ 48,567
6147	881214	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO CON ANÁLISIS DE LA DEFORMIDAD MIOCÁRDICA	$ 275,905
6148	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 43,975
6149	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 66,982
6150	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 55,640
6151	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 41,232
6152	881312	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESÓFAGO	$ 1,169,435
6153	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$ 33,961
6154	881314	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE ESTÓMAGO O DUODENO	$ 1,142,324
6155	881317	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA BILIOPANCREÁTICA	$ 1,920,392
6156	881318	ECOGRAFÍA DE RECTO	$ 23,117
6157	881319	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA DE RECTO	$ 1,225,984
6158	881320	ECOGRAFÍA DE ANO	$ 23,117
6159	881321	ECOGRAFÍA LAPAROSCÓPICA DE ABDOMEN	$ 581,548
6160	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 48,304
6161	881333	MEDICIÓN DE EYECCIÓN URETERAL	$ 50,334
6162	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 65,848
6163	881361	ECOGRAFÍA INTESTINAL CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 29,546,299
6164	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 170,270
6165	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	$ 51,176
6166	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 36,696
6167	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 22,184
6168	881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 76,401
6169	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)	$ 95,067

6170	881411	ECOGRAFÍA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 104,863
6171	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$ 608,698
6172	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 28,680
6173	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 36,696
6174	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 41,512
6175	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 65,676
6176	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 152,200
6177	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 87,511
6178	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	$ 189,469
6179	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL	$ 299,804
6180	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 48,304
6181	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 82,229
6182	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 38,360
6183	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 57,880
6184	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 38,360
6185	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 48,304
6186	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 48,304
6187	881603	ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN NERVIOS DE EXTREMIDADES	$ 191,600
6188	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 44,984
6189	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 44,473
6190	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 46,874
6191	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 41,892
6192	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 44,984
6193	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 44,984
6194	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 41,892
6195	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 44,984
6196	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$ 50,334
6197	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 58,938
6198	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN	$ 58,822
6199	881704	ECOGRAFÍA FUNCIONAL (DOPPLER DE BAJO FLUJO)	$ 257,845
6200	881707	ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 29,546,299
6201	882103	ECOGRAFÍA DOPPLER TRANSCRANEAL	$ 217,235
6202	882105	DOPPLER TRANSCRANEAL CON MONITOREO DE 24 HORAS	$ 396,681
6203	882106	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS TEMPORALES	$ 732,562
6204	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 145,195
6205	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 111,688
6206	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 151,298
6207	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 184,557
6208	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 145,195
6209	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 145,195
6210	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$ 151,199
6211	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 184,435
6212	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 151,199
6213	882270	PLETISMOGRAFIA ARTERIAL PENEANA	$ 69,324
6214	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 57,880
6215	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 60,273
6216	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 128,000
6217	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 141,873
6218	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 123,968

6219	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 62,808
6220	882301	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 48,479
6221	882302	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 69,648
6222	882305	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 69,324
6223	882306	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS SUPERIORES	$ 69,324
6224	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 151,160
6225	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 149,223
6226	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 130,800
6227	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 130,800
6228	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 130,800
6229	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 130,800
6230	882320	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES	$ 69,648
6231	882321	FOTOPLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES	$ 69,648
6232	882325	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS ARTERIALES EN MIEMBROS INFERIORES	$ 69,324
6233	882326	PLETISMOGRAFÍA DE VASOS VENOSOS EN MIEMBROS INFERIORES	$ 69,324
6234	882340	PLETISMOGRAFÍA ARTERIAL DE MIEMBROS INFERIORES POST EJERCICIO	$ 117,841
6235	882350	PLETISMOGRAFÍA VENOSA CUANTITATIVA DE AIRE EN MIEMBROS INFERIORES	$ 69,324
6236	882370	FLEBOGRAFÍA DE IMPEDANCIA	$ 174,807
6237	882390	MEDICIÓN DE PRESIONES SEGMENTARIAS E ÍNDICES ARTERIALES CON DOPPLER (INCLUYE ÍNDICE TOBILLO BRAZO BASAL)	$ 117,841
6238	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS	$ 89,278
6239	882603	ECOGRAFÍA DOPPLER DE RIÑÓN TRASPLANTADO	$ 80,884
6240	882801	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS	$ 178,015
6241	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 161,136
6242	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 352,934
6243	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 428,739
6244	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 428,739
6245	883104	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL	$ 905,580
6246	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 359,528
6247	883106	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO CON TRACTOGRAFÍA	$ 523,224
6248	883107	RESONANCIA MAGNÉTICA PARA EVALUACIÓN DINÁMICA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO	$ 607,174
6249	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 324,470
6250	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 397,561
6251	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 406,747
6252	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 406,747
6253	883112	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HIPOCAMPO CON ANÁLISIS VOLUMÉTRÍCO	$ 1,158,123
6254	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 428,739
6255	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 430,254
6256	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 428,739
6257	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$ 430,254
6258	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 428,739
6259	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 501,860
6260	883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$ 407,038
6261	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE	$ 407,039
6262	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 407,039
6263	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$ 407,039
6264	883236	RASTREO DE COLUMNA TOTAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA	$ 1,215,276
6265	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 428,739
6266	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	$ 642,391
6267	883322	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$ 779,066

6268	883324	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL	$ 426,773
6269	883325	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON ESTRÉS (FÍSICO O FARMACOLÓGICO)	$ 693,532
6270	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 462,528
6271	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA	$ 349,961
6272	883390	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	$ 613,124
6273	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 435,378
6274	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 322,111
6275	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 297,523
6276	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$ 875,204
6277	883436	RESONANCIA MAGNÉTICA DE INTESTINO [ENTERORM]	$ 374,515
6278	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 435,378
6279	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 613,124
6280	883442	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTÉTRICA	$ 582,920
6281	883443	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA	$ 508,624
6282	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 329,620
6283	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 330,398
6284	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 324,403
6285	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 324,165
6286	883545	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	$ 647,910
6287	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 364,947
6288	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 610,272
6289	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MÉDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)	$ 645,108
6290	883901	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUERPO ENTERO	$ 426,773
6291	883902	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SITIO NO ESPECIFICADO	$ 613,124
6292	883903	RESONANCIA MAGNÉTICA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 1,294,544
6293	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$ 885,030
6294	883905	ESPECTROSCOPIA	$ 1,305,281
6295	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$ 668,224
6296	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 625,783
6297	883910	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ESTUDIO DINÁMICO (CINE RESONANCIA)	$ 178,316
6298	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 623,032
6299	883912	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN VIRTUAL	$ 425,435
6300	886011	OSTEODENSITOMETRÍA POR TC	$ 166,826
6301	886012	OSTEODENSITOMETRÍA POR ABSORCIÓN DUAL	$ 141,277
6302	886013	OSTEODENSITOMETRÍA Y COMPOSICIÓN CORPORAL (TEJIDOS BLANDOS)	$ 19,107
6303	886014	MORFOMETRÍA VERTEBRAL	$ 192,001
6304	886101	ELASTOGRAFÍA	$ 1,355,432
6305	887001	CINERADIOGRAFÍA	$ 56,700
6306	887002	CINEANGIOGRAFÍA	$ 374,480
6307	887101	NAVEGACIÓN ELECTROMAGNÉTICA COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS	$ 690,800
6308	887102	NAVEGACIÓN ÓPTICA COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTOS	$ 690,800
6309	887201	DEFECOGRAFÍA	$ 1,188,969
6310	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 139,318
6311	890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	$ 120,000
6312	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 56,018
6313	890227	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	$ 65,725
6314	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 64,560
6315	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 89,070
6316	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 75,499
6317	890231	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 103,616

6318	890232	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	$ 76,878
6319	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 84,692
6320	890234	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	$ 75,114
6321	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 39,488
6322	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 61,115
6323	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 66,016
6324	890240	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 66,067
6325	890241	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	$ 104,735
6326	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 70,625
6327	890243	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 73,747
6328	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	$ 111,149
6329	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 105,300
6330	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 66,467
6331	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 105,300
6332	890248	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	$ 105,300
6333	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 62,184
6334	890251	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 85,392
6335	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 105,300
6336	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	$ 103,678
6337	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 72,690
6338	890255	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	$ 93,122
6339	890261	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	$ 83,653
6340	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	$ 86,239
6341	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 37,557
6342	890267	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	$ 98,655
6343	890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 70,154
6344	890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 83,363
6345	890270	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	$ 70,200
6346	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 90,949
6347	890272	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 102,422
6348	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 81,931
6349	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 79,931
6350	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 104,174
6351	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 37,557
6352	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 104,295
6353	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 60,213
6354	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 37,557
6355	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 90,130
6356	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	$ 101,769
6357	890289	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 105,300
6358	890291	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	$ 140,400
6359	890292	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	$ 129,720
6360	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 48,263
6361	890299	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 87,750
6362	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 96,919
6363	890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	$ 100,000
6364	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 45,364

6365	890327	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA CARDIOVASCULAR	$ 70,200
6366	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 66,862
6367	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6368	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 60,607
6369	890331	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 70,200
6370	890332	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	$ 82,138
6371	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 67,568
6372	890334	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	$ 65,725
6373	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 39,488
6374	890338	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 57,038
6375	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 59,425
6376	890340	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 64,469
6377	890341	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	$ 83,363
6378	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 65,003
6379	890343	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 70,200
6380	890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	$ 77,067
6381	890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6382	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 62,068
6383	890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6384	890348	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	$ 70,200
6385	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 33,188
6386	890351	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 63,539
6387	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6388	890353	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	$ 70,200
6389	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 70,200
6390	890355	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	$ 70,200
6391	890361	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL DEPORTE	$ 58,818
6392	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	$ 110,000
6393	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 42,800
6394	890367	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	$ 95,431
6395	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 68,390
6396	890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6397	890370	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	$ 70,200
6398	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 77,049
6399	890372	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6400	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 59,758

6401	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 56,336
6402	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6403	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 37,557
6404	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6405	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 48,263
6406	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 37,557
6407	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 70,200
6408	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	$ 78,975
6409	890389	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6410	890391	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	$ 114,075
6411	890392	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN TRASPLANTES	$ 155,709
6412	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 37,557
6413	890399	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6414	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 81,344
6415	890405	INTERCONSULTA POR ENFERMERÍA	$ 25,000
6416	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	$ 26,720
6417	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	$ 26,300
6418	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL	$ 8,814
6419	890411	INTERCONSULTA POR FISIOTERAPIA	$ 35,100
6420	890412	INTERCONSULTA POR TERAPIA RESPIRATORIA	$ 26,720
6421	890425	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	$ 98,374
6422	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 43,875
6423	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 68,474
6424	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6425	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 85,706
6426	890431	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	$ 105,300
6427	890432	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	$ 118,674
6428	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 89,416
6429	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	$ 75,114
6430	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 26,720
6431	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 54,974
6432	890437	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	$ 55,534
6433	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 64,296
6434	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 61,799
6435	890440	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	$ 66,524
6436	890441	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	$ 105,300
6437	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 37,557
6438	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	$ 71,919
6439	890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	$ 118,428
6440	890445	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 81,344
6441	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 72,441
6442	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 105,300
6443	890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	$ 105,300

6444	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 26,720
6445	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 70,200
6446	890452	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 70,200
6447	890453	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	$ 105,300
6448	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 69,037
6449	890455	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	$ 83,389
6450	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 26,720
6451	890467	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA NUCLEAR	$ 105,300
6452	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 74,671
6453	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 105,300
6454	890470	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	$ 70,200
6455	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 70,200
6456	890472	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 107,519
6457	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 73,250
6458	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 75,114
6459	890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 72,306
6460	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	$ 65,725
6461	890477	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 80,315
6462	890478	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	$ 81,379
6463	890479	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 72,306
6464	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 26,720
6465	890481	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 67,787
6466	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 37,557
6467	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 20,849
6468	890484	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA	$ 81,585
6469	890485	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA	$ 86,480
6470	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 36,471
6471	890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	$ 75,114
6472	890489	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 63,268
6473	890491	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA CLÍNICA	$ 136,998
6474	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 40,672
6475	890498	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 105,300
6476	890501	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA GENERAL Y CASO (PACIENTE)	$ 211,697
6477	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	$ 171,118
6478	890503	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)	$ 93,444
6479	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL	$ 17,992
6480	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 24,152
6481	890605	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMERÍA	$ 15,931
6482	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	$ 6,209
6483	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA	$ 8,517
6484	890609	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TRABAJO SOCIAL	$ 28,300
6485	890610	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	$ 18,040
6486	890611	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR FISIOTERAPIA	$ 10,028
6487	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA	$ 10,419
6488	890613	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA OCUPACIONAL	$ 9,076
6489	890615	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	$ 91,600
6490	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 19,507
6491	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 21,372

6492	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 31,923
6493	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 31,923
6494	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 21,208
6495	890781	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 21,208
6496	890783	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 21,208
6497	890793	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN URGENCIAS O EMERGENCIAS	$ 33,452
6498	891001	PRUEBA DEL AMOBARBITAL INTRACAROTÍDEO (WADA)	$ 23,786
6499	891101	TONOMETRÍA	$ 879,500
6500	891201	RINOMANOMETRÍA	$ 152,000
6501	891202	RINOMANOMETRÍA CON ALERGENO	$ 152,000
6502	891203	RINOMETRÍA ACÚSTICA	$ 152,000
6503	891401	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	$ 33,278
6504	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	$ 44,340
6505	891410	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL	$ 110,800
6506	891501	ELECTROCORTICOGRAFÍA	$ 107,588
6507	891503	REFLEJO NEUROLÓGICO TRIGÉMINO FACIAL (PALPEBRAL)	$ 50,187
6508	891504	PRUEBA DE ESTIMULACIÓN MÁXIMA DE NERVIO FACIAL (HILGER)	$ 30,318
6509	891505	ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA CORTICAL	$ 72,681
6510	891506	ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA SUBCORTICAL	$ 97,400
6511	891507	REFLEJOS NEUROLÓGICOS BULBO CAVERNOSO	$ 28,960
6512	891509	NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO)	$ 31,985
6513	891510	PRUEBA COMPLETA CON TENSILON	$ 32,737
6514	891511	PRUEBA DE ESTÍMULO REPETITIVO	$ 85,470
6515	891512	TRIPLES CAROTIDEOS	$ 171,200
6516	891513	PRUEBA FUNCIONAL DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS	$ 270,738
6517	891514	ONDA F (POR NERVIO)	$ 72,342
6518	891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	$ 72,342
6519	891530	POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES (ESPECÍFICO)	$ 109,127
6520	891531	POTENCIALES EVOCADOS DE LATENCIA MEDIA Y LARGA	$ 390,000
6521	891532	POTENCIALES EVOCADOS MOTORES CON ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA	$ 262,900
6522	891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO	$ 914,073
6523	891704	ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO (POLISOMNOGRAFÍA)	$ 463,680
6524	891801	PRUEBAS DE LATENCIA MÚLTIPLE DE SUEÑO	$ 358,371
6525	891803	PRUEBA DE MANTENIMIENTO DE LA VIGILIA	$ 242,100
6526	891804	MONITOREO DE PRESIÓN POSITIVA DURANTE EL SUEÑO	$ 1,092,975
6527	891805	MONITOREO DE FLUJO RESPIRATORIO DURANTE EL SUEÑO (POLIGRAFÍA RESPIRATORIA)	$ 2,315,600
6528	891806	MONITOREO DE ACTIVIDAD SUEÑO VIGILIA (ACTIGRAFÍA)	$ 2,315,600
6529	891807	MONITOREO AMBULATORIO DE SUEÑO	$ 2,315,600
6530	891901	MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	$ 114,925
6531	891903	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA CORTICAL Y SUBCORTICAL	$ 323,700
6532	891904	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DE BASE DE CRÁNEO, TRONCO CEREBRAL Y PARES CRANEANOS	$ 323,700
6533	891905	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL X PAR O DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE	$ 323,700
6534	891906	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA CEREBRAL EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 323,700
6535	891907	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DE COLUMNA VERTEBRAL Y MÉDULA ESPINAL	$ 323,700
6536	891908	MONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO	$ 103,484
6537	892001	URODINAMIA ESTÁNDAR	$ 92,227
6538	892003	URODINAMIA CON VALORACIÓN ANATÓMICA	$ 126,525
6539	892101	MANOMETRÍA PIÉLICA	$ 99,400
6540	892201	CISTOMETROGRAMA	$ 99,400

6541	892301	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER URETRAL	$ 18,265
6542	892302	ELECTROMIOGRAFÍA ESFÍNTER VESICAL	$ 18,265
6543	892401	UROFLUJOMETRÍA	$ 23,429
6544	892501	PERFIL DE PRESIÓN URETRAL	$ 78,600
6545	892601	ESFINTEROMANOMETRÍA	$ 25,768
6546	892801	CISTOMETRÍA	$ 57,037
6547	892903	PENOSCOPIA	$ 32,432
6548	892904	TÉCNICAS DE INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACETICO Y LUGOL	$ 1,536,500
6549	892905	CAVERNOSOMETRÍA	$ 679,200
6550	892906	CAVERNOSOGRAFÍA	$ 679,200
6551	892907	MONITOREO PENEANO	$ 1,242,200
6552	892908	BIOTESIOMETRÍA	$ 1,242,200
6553	892909	PRUEBA FARMACOLÓGICA INTRACAVERNOSA	$ 537,293
6554	893201	MANOMETRÍA ESOFÁGICA SIN IMPEDANCIOMETRÍA	$ 460,685
6555	893202	MANOMETRÍA ESOFÁGICA CON IMPEDANCIOMETRÍA	$ 1,578,059
6556	893203	MANOMETRÍA BULBODUODENAL	$ 2,490,900
6557	893204	MANOMETRÍA COLÓNICA	$ 2,490,900
6558	893301	EXAMEN DIGITAL DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA	$ 2,045,203
6559	893401	EXAMEN DIGITAL DE RECTO	$ 655,200
6560	893601	ELECTROMIOGRAFIA DE ESFINTER ANAL	$ 52,268
6561	893701	VOLÚMENES PULMONARES POR PLETISMOGRAFIA, PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 105,349
6562	893702	VOLÚMENES PULMONARES POR GASES (HELIO OTROS.), PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 190,639
6563	893703	ESPIROMETRÍA	$ 17,712
6564	893801	CONSUMO DE OXÍGENO Y PRODUCCIÓN DE CO2 EN REPOSO	$ 42,940
6565	893802	CURVA DE HIPEROXIA	$ 127,628
6566	893804	COOXIMETRÍA	$ 41,877
6567	893805	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 53,376
6568	893806	CAPACIDAD DE DIFUSIÓN CON MONÓXIDO DE CARBONO	$ 87,296
6569	893807	DISTENSIBILIDAD PULMONAR CON BALÓN ESOFÁGICO	$ 68,933
6570	893808	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	$ 26,640
6571	893809	RESISTENCIA DE VÍAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFÍA SIMPLE	$ 29,477
6572	893810	MEDICIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA (PIM -PEM AJUSTADO CON VOLÚMENES PULMONARES)	$ 34,157
6573	893811	MEDICIÓN DE PRESIÓN INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA MÁXIMA CON EQUIPO PORTATIL	$ 5,179
6574	893812	REGISTRO DE OXIMETRÍA CUTÁNEA	$ 15,850
6575	893813	RESISTENCIA DE LAS VÍAS AÉREAS POR PLETISMOGRAFÍA PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 61,497
6576	893814	PRESIÓN TRANSDIAFRAGMÁTICA CON BALONES	$ 72,567
6577	893815	PRUEBA DE BRONCOPROVOCACIÓN ESPECÍFICA (ALERGENO) O INESPECÍFICA	$ 129,782
6578	893816	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPOXIA	$ 153,760
6579	893817	RESPUESTA VENTILATORIA A LA HIPERCAPNIA	$ 52,952
6580	893818	MEDICIÓN NO INVASIVA DE CO2 O CAPNOGRAFIA	$ 317,589
6581	893819	MEDICIÓN DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO	$ 495,500
6582	893820	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO	$ 106,967
6583	893821	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO Y MONITOREO	$ 100,913
6584	893822	VENTILACIÓN VOLUNTARIA MÁXIMA	$ 21,849
6585	893823	MEDICIÓN DE CALORIMETRÍA INDIRECTA	$ 296,700
6586	893824	PRUEBA DE HIDRÓGENO ESPIRADO	$ 296,700
6587	893825	OSCILOMETRÍA DE IMPULSO	$ 403,504
6588	893901	MONITOREO DE pH ESOFÁGICO EN 24 HORAS [pHMETRÍA] SIN IMPEDANCIOMETRÍA	$ 449,991

6589	893902	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA	$ 13,967
6590	893903	ESTUDIO DE MOTILIDAD ESOFÁGICA CON PERFUSIÓN DE ÁCIDO	$ 394,866
6591	893904	PRUEBA ENDOSCÓPICA DE UREASA RÁPIDA PARA DETERMINACIÓN DE Helicobacter pylori	$ 12,721
6592	893905	MONITOREO DE pH ESOFÁGICO EN 24 HORAS [pHMETRÍA] CON IMPEDANCIOMETRÍA	$ 1,649,366
6593	893908	COLORACIONES VITALES EN MUCOSA DIGESTIVA, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 185,813
6594	893909	ELECTROGASTROGRAFIA TRANSCUTÁNEA O INTRAGÁSTRICA	$ 342,136
6595	893911	MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA	$ 218,177
6596	893912	PRUEBA DE SENSIBILIZACIÓN CON ALÉRGENO VÍA PARENTERAL [PROVOCACIÓN]	$ 590,700
6597	894101	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIO -PULMONAR INTEGRADA (ERGOESPIROMETRIA)	$ 141,368
6598	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$ 119,796
6599	894104	PRUEBA DE ESFUERZO EN FASES DE MASTERS	$ 441,300
6600	894401	OTRA PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$ 128,760
6601	894402	PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS	$ 106,967
6602	894403	PRUEBA DE 12 MINUTOS [COOPER]	$ 518,717
6603	894501	COMPROBACIÓN DE RITMO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL	$ 232,100
6604	894701	COMPROBACIÓN DE IMPEDANCIA DE ELECTRODO DE MARCAPASOS ARTIFICIAL	$ 65,801
6605	894801	COMPROBACIÓN DE UMBRAL DE TENSIÓN (AMPERAJE) DE MARCAPASO ARTIFICIAL	$ 65,801
6606	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	$ 198,464
6607	895002	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO DE EVENTOS	$ 207,772
6608	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	$ 263,250
6609	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	$ 185,639
6610	895005	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL	$ 207,772
6611	895006	MONITOREO CARDÍACO CON TRANSMISIÓN REMOTA	$ 1,984,600
6612	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	$ 21,536
6613	895201	ELECTROCARDIOGRAMA DE ALTA RESOLUCIÓN (ESTUDIO DE POTENCIALES TARDÍOS)	$ 129,329
6614	895301	VECTOCARDIOGRAMA (CON ECG)	$ 223,800
6615	895401	MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA (TELEMETRÍA)	$ 91,033
6616	895501	FONOCARDIOGRAMA Y PULSOS	$ 50,375
6617	895701	APICOGRAMA (CON ELECTRODO DE ECG)	$ 375,682
6618	895801	ULTRASONIDO INTRAVASCULAR DIAGNÓSTICO	$ 397,490
6619	895901	MEDICIÓN DE PRESIÓN DE MUÑÓN CAROTÍDEO	$ 218,240
6620	895902	MEDICIÓN DE SATURACIÓN VENOSA CEREBRAL	$ 997,300
6621	895903	AURICULOGRAMA IZQUIERDO	$ 228,659
6622	895910	PRUEBAS DE FUNCIÓN AUTONÓMICA CARDIOVASCULAR	$ 299,488
6623	895911	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES VOLUMÉTRICAS INTRATORÁCICAS (CARDIOIMPEDANCIA)	$ 209,321
6624	895912	ESTUDIO HEMODINÁMICO NO INVASIVO PARA MEDICIONES DE PRESIONES CENTRALES	$ 209,321
6625	895913	MEDICIÓN NO INVASIVA DE RIGIDEZ VASCULAR	$ 53,768
6626	896001	COLOCACIÓN DE CATÉTER (FRACCIÓN DE EYECCIÓN VENTRÍCULO DERECHO)	$ 207,772
6627	896101	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)	$ 206,806
6628	896201	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL	$ 723,900
6629	896301	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE ARTERIA PULMONAR	$ 11,000,000
6630	896401	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN DE CAPILAR PULMONAR	$ 723,900
6631	896501	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA VÍA ABIERTA	$ 209,321
6632	896502	MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN EN AURÍCULA IZQUIERDA MÍNIMAMENTE INVASIVA	$ 209,321
6633	896701	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR TÉCNICAS DE CONSUMO DE OXÍGENO	$ 723,900
6634	896801	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON SONDA ESOFÁGICA	$ 209,321
6635	896802	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO CON IMPEDANCIA TORÁCICA	$ 209,321
6636	896803	MONITORIZACIÓN DE GASTO CARDÍACO POR ANÁLISIS DE CURVA DE PRESIÓN ARTERIAL	$ 209,321
6637	896901	MONITORIZACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO	$ 7,647,544
6638	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 11,964

6639	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 47,804
6640	898002	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN	$ 36,313
6641	898003	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA [ACAF] DE CUALQUIER TEJIDO U ÓRGANO	$ 48,042
6642	898004	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA)	$ 91,706
6643	898008	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA (MIELOGRAMA) POR TINCIÓN DE HISTOQUIMICA (ESPECÍFICO)	$ 79,261
6644	898014	ESTUDIO ANATOMOPATÓLOGICO EN CITOLOGIA DE LÍQUIDO CORPORAL O SECRECIÓN POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 121,247
6645	898017	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA POR TINCIÓN DE HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$ 56,753
6646	898018	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN CITOLOGÍA O MIELOGRAMA POR INMUNOHISTOQUÍMICA (MARCADOR ESPECÍFICO) "	$ 25,170
6647	898020	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO BÁSICO EN CITOLOGÍA DE OTRO ESPÉCIMEN POR MÉTODO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,600
6648	898030	ESTUDIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR EN CITOLOGÍA	$ 95,800
6649	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA	$ 55,502
6650	898112	ESTUDIO DE ONCOGENES EN BIOPSIA	$ 305,517
6651	898201	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN DE RECONOCIMIENTO	$ 74,771
6652	898221	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MÚLTIPLE MUESTREO	$ 83,760
6653	898241	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON RESECCIÓN DE MÁRGENES	$ 162,237
6654	898261	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN ESPÉCIMEN CON MAPEO	$ 186,900
6655	898304	ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS POST MÓRTEM DE FETO Y PLACENTA	$ 89,940
6656	898801	ESTUDIO POR CONGELACIÓN	$ 112,406
6657	898802	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO MOLECULAR (ESPECÍFICO)	$ 296,997
6658	898803	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE INMUNOMARCACIÓN CITOMÉTRICA DE FLUJO (ESPECÍFICO)	$ 976,274
6659	898804	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE ULTRAESTRUCTURA O MICROSCOPÍA ELECTRÓNICA (ESPECÍFICO)	$ 578,471
6660	898805	VERIFICACIÓN INTEGRAL SIN PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA	$ 332,100
6661	898806	VERIFICACIÓN INTEGRAL CON PREPARACIÓN DE MATERIAL DE RUTINA	$ 332,100
6662	898807	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA BÁSICA (ESPECÍFICO)	$ 556,279
6663	898808	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR TINCIÓN HISTOQUÍMICA (ESPECÍFICO)	$ 139,707
6664	898809	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN BIOPSIA POR INMUNOFLUORESCENCIA (ESPECÍFICO)	$ 121,410
6665	898810	ESTUDIO MACROSCÓPICO DE MATERIAL BIOLÓGICO O NO BIOLÓGICO	$ 449,600
6666	898811	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE HIBRIDACIÓN "IN SITU" (ESPECÍFICO)	$ 704,754
6667	898812	ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE MARCACIÓN INMUNOHISTOQUÍMICA ESPECIAL (ESPECÍFICO)	$ 472,007
6668	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 15,992
6669	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 26,256
6670	901003	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO MANUAL	$ 26,256
6671	901004	HONGOS PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 47,800
6672	901005	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR DILUCIÓN	$ 68,355
6673	901006	LEVADURAS PRUEBA DE SENSIBILIDAD POR E -TEST	$ 47,800
6674	901007	Mycobacterium PRUEBAS DE SENSIBILIDAD	$ 72,936
6675	901008	Neisseria gonorrhoeae PRUEBA DE SENSIBILIDAD	$ 41,462
6676	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ÁCIDO BORÓNICO)	$ 16,742
6677	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL -RESISTENTE [ZIEHL -NEELSEN]	$ 9,336

6678	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 8,065
6679	901103	COLORACIÓN ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	$ 4,777
6680	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 7,978
6681	901105	COLORACIÓN FLUORESCENTE NARANJA DE ACRIDINA Y LECTURA	$ 4,991
6682	901106	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA	$ 4,991
6683	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 4,768
6684	901108	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 18,753
6685	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	$ 18,304
6686	901110	COLORACIÓN TRICROMICA MODIFICADA Y LECTURA	$ 37,680
6687	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH - NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$ 24,249
6688	901201	Actinomyces CULTIVO	$ 48,136
6689	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$ 51,218
6690	901203	Brucella CULTIVO	$ 51,218
6691	901204	Clostridium botulinum CULTIVO	$ 51,218
6692	901205	Clostridium difficile CULTIVO	$ 10,654
6693	901206	COPROCULTIVO	$ 19,533
6694	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 51,218
6695	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	$ 22,667
6696	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$ 19,904
6697	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 22,584
6698	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 72,561
6699	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 50,803
6700	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 44,666
6701	901214	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MÉDULA ÓSEA	$ 55,459
6702	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 48,902
6703	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 59,363
6704	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$ 24,772
6705	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	$ 45,675
6706	901219	CULTIVO PARA VIRUS	$ 91,347
6707	901220	Helicobacter pylori CULTIVO	$ 51,218
6708	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 46,837
6709	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 38,672
6710	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 72,936
6711	901224	HEMOCULTIVO ANAEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 53,919
6712	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 12,864
6713	901226	HEMOCULTIVO LISIS CENTRIFUGACIÓN	$ 51,457
6714	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 51,457
6715	901228	Legionella CULTIVO	$ 51,218
6716	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 80,564
6717	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 84,337
6718	901231	Mycoplasma CULTIVO	$ 15,572
6719	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 31,194
6720	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 44,722
6721	901234	Nocardia spp CULTIVO	$ 47,800
6722	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 46,773
6723	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 43,147
6724	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 40,523

6725	901238	Yersinia enterocolítica CULTIVO	$ 51,218
6726	901239	Trichomona CULTIVO	$ 31,341
6727	901240	IDENTIFICACIÓN DE CULTIVO AISLADO	$ 31,341
6728	901241	Campylobacter spp CULTIVO	$ 51,457
6729	901242	Corynebacterium difteriae PRUEBA DE TOXIGENICIDAD	$ 15,495
6730	901302	Demodex EXAMEN DIRECTO	$ 10,805
6731	901303	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	$ 29,442
6732	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 11,320
6733	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 4,952
6734	901306	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS CON CALCOFLÚOR	$ 3,636
6735	901307	HONGOS PRUEBA DE VIABILIDAD	$ 116,300
6736	901309	Leishmania ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 19,154
6737	901310	Leishmania TIPIFICACIÓN POR SONDAS DE DNA	$ 20,855
6738	901311	Leptospira SEROTIPIFICACIÓN	$ 20,016
6739	901312	Listeria SEROTIPIFICACIÓN	$ 20,757
6740	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$ 300,778
6741	901315	Mycobacterium leprae DETECCIÓN DE GLICOLÍPIDO FENÓLICO AUTOMATIZADO	$ 304,300
6742	901317	Neisseria meningitidis SEROTIPIFICACIÓN POR LÁTEX	$ 63,348
6743	901318	Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	$ 19,138
6744	901319	Shiguella SEROTIPIFICACIÓN	$ 19,232
6745	901320	Staphylococcus aureus SEROTIPIFICACIÓN	$ 19,049
6746	901321	Streptococcus BETA HEMOLÍTICO GRUPO A (PRUEBA DIRECTA)	$ 25,328
6747	901322	Streptococcus pneumoniae [Pneumococcus] SEROTIPIFICACIÓN	$ 12,854
6748	901323	Mycobacterium leprae PRUEBA DE VÍABILIDAD	$ 21,950
6749	901324	Filaria EXAMEN DIRECTO	$ 10,501
6750	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 10,805
6751	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$ 17,748
6752	901502	Clostridium TOXINA	$ 137,635
6753	902001	ADHESIVIDAD PLAQUETARIA	$ 94,029
6754	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 65,141
6755	902003	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CURVA	$ 98,517
6756	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$ 58,780
6757	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 60,877
6758	902008	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) MANUAL	$ 26,835
6759	902009	ANTITROMBINA III FUNCIONAL MANUAL	$ 54,486
6760	902010	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE PROTOMBINA	$ 43,772
6761	902011	PRUEBA DE MEZCLAS DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL	$ 54,564
6762	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	$ 3,835
6763	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	$ 47,590
6764	902015	FACTOR III PLAQUETARIO	$ 25,392
6765	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	$ 70,928
6766	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 81,383
6767	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$ 39,218
6768	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 73,230
6769	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 100,757
6770	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 79,454
6771	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 23,191
6772	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	$ 107,452
6773	902024	FIBRINÓGENO	$ 9,368
6774	902027	INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO [PAI 1]	$ 59,363
6775	902028	PLASMINA [FIBRINOLISINA]	$ 5,578

6776	902029	PLASMINÓGENO	$ 25,684
6777	902030	PRECALCREÍNA	$ 38,341
6778	902031	PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN DE FIBRINÓGENO	$ 61,070
6779	902032	PROPERDINA FACTOR B	$ 38,163
6780	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 50,770
6781	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$ 78,106
6782	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 74,547
6783	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$ 97,874
6784	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$ 74,201
6785	902038	PRUEBA DE PROTAMINA	$ 22,975
6786	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 68,866
6787	902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO	$ 3,518
6788	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN	$ 17,696
6789	902044	EUGLOBULINA TIEMPO DE LISIS	$ 10,129
6790	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 12,024
6791	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 9,600
6792	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 20,249
6793	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 15,016
6794	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 15,600
6795	902052	CRIOFIBRINÓGENO	$ 10,767
6796	902053	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 3 DILUCIONES	$ 44,100
6797	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$ 46,900
6798	902055	INHIBIDOR DE FACTOR II	$ 59,640
6799	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$ 43,600
6800	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$ 43,600
6801	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$ 43,600
6802	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 84,838
6803	902060	INHIBIDOR DE FACTOR X	$ 43,600
6804	902061	INHIBIDOR DE FACTOR XI	$ 43,600
6805	902062	INHIBIDOR DE FACTOR XII	$ 43,600
6806	902063	PROTROMBINA FRAGMENTOS 1.2	$ 22,500
6807	902067	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A COLÁGENO: (VWF:CB)	$ 661,238
6808	902068	UNIÓN DE VON WILLEBRAND A FACTOR VIII: (VWF:FVIIIB)	$ 661,238
6809	902069	MULTÍMEROS DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND: (VWF:MA)	$ 573,362
6810	902071	FACTOR VON WILLEBRAND PROTEASA DE CLIVAJE	$ 295,994
6811	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 134,489
6812	902073	VISCOELASTICIDAD DE LA SANGRE	$ 662,338
6813	902074	ANTÍGENO DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 43,600
6814	902075	ACTIVIDAD DE FACTOR VON WILLEBRAND PRE Y POST ESTÍMULO (ESPECÍFICO) HASTA 6 MUESTRAS	$ 43,600
6815	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	$ 21,931
6816	902101	CÉLULAS L.E.	$ 8,389
6817	902102	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA DIRECTA	$ 7,230
6818	902103	CUERPOS DE HEINZ PRUEBA INDUCIDA POR FENILHIDRAZINA	$ 20,200
6819	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 52,181
6820	902105	DIMERO D MANUAL	$ 28,786
6821	902106	ERITROPOYETINA	$ 64,779
6822	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	$ 6,423
6823	902108	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUALITATIVA	$ 41,246
6824	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 44,541

6825	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 26,568
6826	902111	HEMOGLOBINA FETAL SEMIAUTOMATIZADA	$ 4,685
6827	902112	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	$ 11,843
6828	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$ 17,366
6829	902114	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	$ 11,787
6830	902115	HEMÓLISIS ÁCIDA [PRUEBA DE HAM]	$ 8,420
6831	902116	HIERRO MEDULAR	$ 22,991
6832	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 23,000
6833	902120	PLASMINÓGENO ACTIVADOR TISULAR	$ 98,473
6834	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 5,464
6835	902122	SULFOHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 36,564
6836	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 2,304
6837	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 2,304
6838	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 5,130
6839	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL	$ 10,384
6840	902208	HEMOGRAMA II (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS E ÍNDICES PLAQUETARIOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 14,755
6841	902209	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO	$ 17,123
6842	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 17,624
6843	902211	HEMATOCRITO	$ 2,280
6844	902213	HEMOGLOBINA	$ 3,168
6845	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 10,224
6846	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$ 4,952
6847	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 4,468
6848	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE [FRAGILIDAD CAPILAR]	$ 6,008
6849	902218	RECUENTO DE EOSINÓFILO EN CUALQUIER MUESTRA	$ 3,704
6850	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$ 3,704
6851	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 4,592
6852	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 4,592
6853	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 4,985
6854	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 30,891
6855	902225	TÍTULO ANTI D	$ 12,261
6856	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 12,847
6857	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$ 47,784
6858	903003	BICARBONATO	$ 38,655
6859	903004	CÁLCULO BILIAR ANÁLISIS FÍSICO -QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 12,747
6860	903005	CÁLCULO RENAL ANÁLISIS FÍSICO -QUÍMICO CUANTITATIVO	$ 8,983
6861	903006	CAROTENOS	$ 13,264
6862	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 80,002
6863	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 80,002
6864	903009	CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA DE 24 H	$ 60,800
6865	903010	CATECOLAMINAS TOTALES EN PLASMA	$ 18,803
6866	903011	DEOXIPIRIDINOLINA	$ 37,700
6867	903012	DIÓXIDO DE CARBÓN	$ 18,715

6868	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO	$ 41,462
6869	903014	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL -BUTIRATO	$ 29,753
6870	903015	ESTERASA PANCREÁTICA ENZIMA ALFA NAFTIL -CLORACETATO	$ 29,753
6871	903016	FERRITINA	$ 24,021
6872	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 14,053
6873	903018	FOSFATASA ALCALINA TERMOESTABLE	$ 14,053
6874	903019	FRACCIÓN EXCRETADA DE BICARBONATO	$ 39,255
6875	903020	HAPTOGLOBINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 13,424
6876	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 34,815
6877	903022	HOMOCISTEÍNA	$ 104,930
6878	903023	HIDROXIPROLINA EN ORINA	$ 20,010
6879	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO	$ 42,081
6880	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 19,916
6881	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 42,151
6882	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 21,880
6883	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 47,912
6884	903030	MIOGLOBINA CARDÍACA	$ 37,663
6885	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 9,626
6886	903033	OSMOLARIDAD EN ORINA	$ 25,889
6887	903034	OSMOLARIDAD EN SUERO	$ 30,069
6888	903035	OSTEOCALCINA	$ 40,000
6889	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 90,653
6890	903037	PIRIDINOLINA EN ORINA	$ 46,900
6891	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 13,443
6892	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 22,868
6893	903040	PORFOBILINÓGENO CUALITATIVO EN ORINA PARCIAL	$ 16,243
6894	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 58,222
6895	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 62,761
6896	903043	PRUEBA DE ALIENTO [13 C UREA] PARA Helicobacter pilory	$ 13,391
6897	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	$ 20,266
6898	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 19,099
6899	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 47,400
6900	903047	TRIPSINA EN SUERO O EN MATERIA FECAL	$ 14,663
6901	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA -A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 64,698
6902	903050	ALFAFETOPROTEÍNA [AFP] BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] Y ESTRIOL TRIPLE MARCADOR	$ 71,364
6903	903051	UROPORFIRINAS CUALITATIVAS	$ 12,830
6904	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 19,584
6905	903053	CITRATOS EN ORINA PARCIAL	$ 6,139
6906	903056	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA PARCIAL	$ 55,551
6907	903057	PORFIRINAS DIFERENCIADAS EN SANGRE	$ 12,830
6908	903058	METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	$ 20,010
6909	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 20,010
6910	903061	DELTA DE PCO2 EN ORINA	$ 113,700
6911	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA	$ 36,023
6912	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO -BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$ 93,381
6913	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	$ 80,581
6914	903067	METANEFRINAS LIBRES EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 20,010
6915	903068	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 20,010
6916	903069	NORMETANEFRINAS EN PLASMA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 20,010

6917	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$ 58,846
6918	903102	ÁCIDO CÍTRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30,997
6919	903103	ÁCIDO 5 HIDROXI INDOLACÉTICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 48,030
6920	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 32,476
6921	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 37,096
6922	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	$ 67,886
6923	903107	ÁCIDO FÓRMICO EN ORINA	$ 11,996
6924	903108	ÁCIDO HOMOGENTÉSICO EN ORINA	$ 54,739
6925	903109	ÁCIDO HOMOVALÍNICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 57,976
6926	903110	ÁCIDO LÁCTICO [L -LACTATO] SEMIAUTOMATIZADO	$ 50,240
6927	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L -LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 28,760
6928	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$ 43,615
6929	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 23,236
6930	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 29,338
6931	903201	FENILALANINA POST, CURVA DE TOLERANCIA CON ESTÍMULO BH -4	$ 8,108
6932	903202	FENILALANINA CUALITATIVA	$ 13,267
6933	903301	GALACTOSA CUANTITATIVA	$ 13,205
6934	903302	CURVA DE LACTOSA	$ 8,551
6935	903303	ALMIDONES	$ 52,400
6936	903304	DISACARIDASA (LACTOSA SUCROSA MALTOSA Y PALATINASA)	$ 128,800
6937	903305	FRUCTOSA	$ 8,551
6938	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 23,508
6939	903402	ALDOLASA	$ 11,016
6940	903403	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 37,963
6941	903404	ALFA 1 ANTIQUIMIOTRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 54,486
6942	903405	ALFA 1 ANTITRIPSINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 14,312
6943	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 38,125
6944	903407	ALFA 1 GLICOPROTEÍNA ÁCIDA U OROMUCOIDE	$ 43,252
6945	903408	ALFA 2 ANTIPLASMINA FUNCIONAL	$ 109,833
6946	903409	APOLIPOPROTEÍNAS A1 SEMIAUTOMATIZADA	$ 44,550
6947	903410	APOLIPOPROTEÍNAS B SEMIAUTOMATIZADA	$ 29,447
6948	903411	APOLIPOPROTEÍNAS A1 AUTOMATIZADA	$ 28,585
6949	903412	APOLIPOPROTEÍNAS B AUTOMATIZADA	$ 29,310
6950	903415	BETA TROMBOGLOBULINA	$ 54,739
6951	903416	CERULOPLASMINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 20,107
6952	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 47,809
6953	903418	COLIGLICINA	$ 60,988
6954	903419	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	$ 20,963
6955	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 20,623
6956	903421	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 15,431
6957	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 46,900
6958	903423	D- XILOSA PRUEBA DE ABSORCIÓN	$ 41,090
6959	903424	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTÍRICA	$ 35,555
6960	903425	FRUCTOSAMINA	$ 13,392
6961	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 31,039
6962	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 20,402
6963	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 26,601
6964	903429	ISOCITRATO DESHIDROGENASA	$ 30,885
6965	903430	LEUCINA AMINOPEPTIDASA	$ 35,188
6966	903431	LIPOPROTEÍNA A	$ 37,039
6967	903432	NUCLEOTIDASA 5	$ 34,398

6968	903433	PROTOPORFIRINA ZINC ERITROCITARIA	$ 22,868
6969	903434	SEROTONINA -5 HIDROXI -TRIPTAMINA	$ 39,456
6970	903435	SEROTONINA -5 HIDROXI -TRIPTAMINA EN ORINA DE 24HORAS	$ 39,456
6971	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 46,458
6972	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 62,784
6973	903438	TROPONINA T CUALITATIVA	$ 44,584
6974	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 57,571
6975	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51,553
6976	903501	LÍQUIDO AMNIÓTICO CURVA ESPECTRAL O DE LILEY	$ 15,247
6977	903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA -ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE -ALBUMINA FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)	$ 6,053
6978	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$ 32,920
6979	903504	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS FACTOR R.A. COMPLEMENTO TEST DE MUCINA Y ANÁLISIS CON LUZ POLARIZADA)	$ 35,946
6980	903505	LÍQUIDO SINOVIAL CRISTALES	$ 34,464
6981	903506	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)	$ 31,466
6982	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 34,899
6983	903602	AMONIO	$ 14,768
6984	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 27,939
6985	903604	CALCIO IÓNICO	$ 24,115
6986	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 17,400
6987	903608	ZINC	$ 28,585
6988	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 28,585
6989	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 53,796
6990	903611	ALUMINIO EN SUERO	$ 53,796
6991	903612	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN DIRECTA	$ 196,337
6992	903613	ELECTROLITOS EN SUDOR [IONTOFORESIS] MEDICIÓN INDIRECTA	$ 201,734
6993	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 69,317
6994	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 80,002
6995	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 45,007
6996	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 80,002
6997	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 97,010
6998	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2 -D3] [CALCIFEROL]	$ 61,309
6999	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2 -D3] [CALCIFIDOL]	$ 80,002
7000	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 70,342
7001	903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	$ 24,208
7002	903711	VITAMINA K	$ 5,553
7003	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 5,304
7004	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 5,181
7005	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 4,705
7006	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4,808
7007	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 9,588
7008	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9,512
7009	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)	$ 8,418
7010	903808	BALANCE NITROGENADO [ÍNDICE CATABÓLICO]	$ 18,173
7011	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 8,040
7012	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 5,520

7013	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 5,296
7014	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	$ 15,600
7015	903813	CLORO	$ 4,585
7016	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4,408
7017	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 8,824
7018	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 8,720
7019	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 35,658
7020	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 6,507
7021	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 16,704
7022	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$ 29,265
7023	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK -CPK]	$ 11,307
7024	903822	CREATINA	$ 8,620
7025	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$ 11,304
7026	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 5,000
7027	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$ 4,456
7028	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 4,888
7029	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA	$ 7,645
7030	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$ 74,947
7031	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$ 6,288
7032	903831	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 27,993
7033	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$ 24,566
7034	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 6,088
7035	903834	FOSFATASA ALCALINA ESPECÍFICA DE HUESO	$ 67,591
7036	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 6,240
7037	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12,664
7038	903837	FRACCIÓN EXCRETADA DE SODIO	$ 34,331
7039	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 11,250
7040	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 20,304
7041	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 5,000
7042	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 4,510
7043	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 16,064
7044	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 12,256
7045	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 11,163
7046	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 7,393
7047	903846	HIERRO TOTAL	$ 19,613
7048	903847	LIPASA	$ 11,016
7049	903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 29,741
7050	903849	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$ 23,582
7051	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 33,773
7052	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$ 24,011
7053	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	$ 24,748
7054	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$ 24,556
7055	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 10,232
7056	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 8,630
7057	903856	NITRÓGENO UREICO	$ 5,864
7058	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 5,864

7059	903858	OSMOLARIDAD CALCULADA	$ 24,439
7060	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 10,614
7061	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 11,254
7062	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA -GLOBULINA]	$ 8,117
7063	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 4,880
7064	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 4,952
7065	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 7,637
7066	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 9,144
7067	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO -PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 7,248
7068	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 7,248
7069	903868	TRIGLICERIDOS	$ 7,050
7070	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 7,312
7071	903870	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 7,619
7072	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$ 8,611
7073	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 6,724
7074	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 5,296
7075	903874	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 4,484
7076	903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL	$ 10,030
7077	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 4,952
7078	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	$ 5,526
7079	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 10,030
7080	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$ 8,966
7081	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 4,142
7082	903881	CREATIINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 5,000
7083	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	$ 4,112
7084	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 14,794
7085	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 50,816
7086	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 10,759
7087	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 14,345
7088	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$ 11,214
7089	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 17,932
7090	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 21,518
7091	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 59,011
7092	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 25,561
7093	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 11,214
7094	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 11,214
7095	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 4,952
7096	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 60,520
7097	904004	RENINA TOTAL	$ 81,739
7098	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	$ 90,259
7099	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF -1]	$ 56,978

7100	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$ 72,288
7101	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$ 31,266
7102	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	$ 31,954
7103	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	$ 44,288
7104	904106	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	$ 293,248
7105	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 36,909
7106	904108	PROLACTINA	$ 36,336
7107	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 44,855
7108	904111	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA PRE Y POST CADA MUESTRA	$ 34,255
7109	904201	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTIMULACIÓN CADA MUESTRA	$ 55,695
7110	904202	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST EJERCICIO CADA MUESTRA	$ 55,332
7111	904203	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST OTRO ESTÍMULO CADA MUESTRA	$ 43,778
7112	904204	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 43,574
7113	904205	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO CLONIDINA CADA MUESTRA	$ 68,438
7114	904206	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCAGÓN CADA MUESTRA	$ 46,315
7115	904207	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO GLUCOSA CADA MUESTRA	$ 46,315
7116	904208	HORMONA DEL CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA] PRE Y POST ESTÍMULO INSULINA CADA MUESTRA	$ 46,315
7117	904210	PROLACTINA PRE Y POST TRH CADA MUESTRA	$ 43,778
7118	904301	CORTISOL PRE Y POST ESTIMULACIÓN 2 MUESTRAS	$ 52,244
7119	904302	CORTISOL PRE Y POSTSUPRESIÓN CON DEXAMETASONA	$ 52,244
7120	904303	CORTISOL Y GLUCOSA PRE Y POST INSULINA HASTA 4 MUESTRAS	$ 62,581
7121	904401	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIÓNICA CADA MUESTRA	$ 125,700
7122	904402	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$ 105,404
7123	904405	MACROPROLACTINA	$ 39,841
7124	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 38,056
7125	904503	ESTRADIOL	$ 30,265
7126	904504	ESTRIOL	$ 40,731
7127	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 23,434
7128	904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$ 23,325
7129	904507	ESTRONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,963
7130	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 23,936
7131	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 39,488
7132	904510	PROGESTERONA	$ 30,985
7133	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$ 43,434
7134	904512	ANDROSTERONA	$ 50,610
7135	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 31,878
7136	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 36,868
7137	904603	TESTOSTERONA TOTAL PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	$ 43,434
7138	904605	DIHIDROTESTOSTERONA	$ 94,765
7139	904701	GLUCAGÓN	$ 87,418
7140	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 78,674
7141	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 122,359

7142	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 31,637
7143	904705	INSULINA LIBRE	$ 39,456
7144	904706	PÉPTIDO C	$ 72,657
7145	904708	SOMATOSTATINA	$ 140,900
7146	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 40,552
7147	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 87,418
7148	904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 137,200
7149	904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 131,382
7150	904715	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 134,239
7151	904716	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 134,239
7152	904717	INSULINA CURVA DE 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 134,457
7153	904718	INSULINA CURVA DE 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 134,457
7154	904720	ELASTASA PANCREÁTICA	$ 174,890
7155	904801	ALDOSTERONA	$ 31,302
7156	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 45,749
7157	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 19,916
7158	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 36,696
7159	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM -PM)	$ 89,409
7160	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 35,302
7161	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 55,605
7162	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA -SO4] CADA MUESTRA	$ 39,196
7163	904810	DEOXICORTISOL 11	$ 35,678
7164	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 16,585
7165	904812	CORTISOL AM	$ 32,250
7166	904813	CORTISOL PM	$ 35,678
7167	904814	HIDROXICORTICOESTEROIDES EN ORINA PARCIAL	$ 39,230
7168	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 38,094
7169	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 30,169
7170	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 32,556
7171	904905	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN	$ 44,867
7172	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	$ 50,803
7173	904907	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS	$ 46,106
7174	904908	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS	$ 46,106
7175	904909	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST DOS MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 54,344
7176	904910	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 1 HORA TRES MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 89,254
7177	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 88,840
7178	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$ 58,273
7179	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	$ 65,049
7180	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$ 88,840
7181	904915	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE TIROTROPINA 2 HORAS CUATRO MUESTRAS ULTRASENSIBLE	$ 26,692
7182	904920	TIROGLOBULINA	$ 43,080
7183	904921	TIROXINA LIBRE	$ 24,112
7184	904922	TIROXINA TOTAL	$ 26,088
7185	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	$ 29,694
7186	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 27,968
7187	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 30,128

7188	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 26,692
7189	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	$ 29,280
7190	905001	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA -MEGX] EN SUERO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 15,830
7191	905002	NIVEL DE LIDOCAÍNA [MONOETILGLICINEXILIDIDA -MEGX] EN ORINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 21,541
7192	905003	NIVEL DE PROCAINAMIDA METABOLITOS N -ACETIL PROCAINAMIDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 15,756
7193	905101	CUMARÍNICOS	$ 19,172
7194	905102	WARFARINA CUALITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 19,082
7195	905103	WARFARINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 27,252
7196	905106	NIVEL DE INHIBIDORES INDIRECTOS DEL FACTOR Xa (HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR)	$ 41,513
7197	905107	HEPARINA NO FRACCIONADA DOSIFICACIÓN	$ 15,600
7198	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 31,770
7199	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 31,844
7200	905203	BARBITÚRICOS CUANTITATIVO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 19,465
7201	905204	BARBITÚRICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 18,592
7202	905205	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 27,769
7203	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 24,545
7204	905208	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 54,739
7205	905209	ETOSUXIMIDA CUANTITATIVA SEMIAUTOMATIZADA	$ 65,500
7206	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 57,353
7207	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 31,379
7208	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$ 45,411
7209	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 31,394
7210	905302	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS SEMICUANTITATIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 32,997
7211	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$ 47,312
7212	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 47,092
7213	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 33,840
7214	905306	BENZODIACEPINAS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 37,118
7215	905307	CLORPROMAZINA	$ 21,724
7216	905308	FENCICLIDINA	$ 19,590
7217	905309	FENOTIAZINAS AUTOMATIZADO	$ 21,341
7218	905310	FENOTIAZINAS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 21,341
7219	905311	FLUOXETINA Y NORFLUOXETINA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 51,900
7220	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 11,671
7221	905313	LITIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 11,726
7222	905401	AMIKACINA AUTOMATIZADO	$ 18,806
7223	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 23,964
7224	905406	KANAMICINA AUTOMATIZADO	$ 21,448
7225	905407	NETILMICINA AUTOMATIZADO	$ 21,724
7226	905409	TOBRAMICINA AUTOMATIZADO	$ 21,575
7227	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 21,541
7228	905412	ANFOTERICINA B AUTOMATIZADO	$ 71,200
7229	905414	CIPROFLOXACINA AUTOMATIZADO	$ 65,500
7230	905501	CICLOSERINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 65,500
7231	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 113,944
7232	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 181,643
7233	905504	METOTREXATO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109,295

7234	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$ 25,612
7235	905602	DIGITOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 25,492
7236	905603	DIGOXINA AUTOMATIZADO	$ 9,255
7237	905604	DIGOXINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 27,476
7238	905606	NITROPRUSIATO DE SODIO	$ 9,172
7239	905607	TEOFILINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 24,909
7240	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$ 25,025
7241	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 20,904
7242	905702	ACETAMINOFEN SEMIAUTOMATIZADO	$ 20,807
7243	905703	ALCALOIDES AUTOMATIZADO	$ 24,164
7244	905704	ALCALOIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 24,051
7245	905705	ALCOHOL ETÍLICO AUTOMATIZADO	$ 20,440
7246	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 21,516
7247	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	$ 20,440
7248	905708	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 18,023
7249	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 17,940
7250	905710	ATROPÍNICOS AUTOMATIZADO	$ 51,322
7251	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 24,051
7252	905712	BIPIRIDILO SEMIAUTOMATIZADO	$ 21,642
7253	905713	BIPIRIDILO AUTOMATIZADO	$ 21,541
7254	905714	CAFEÍNA AUTOMATIZADO	$ 21,827
7255	905715	CAFEÍNA SEMIAUTOMATIZADO	$ 21,724
7256	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$ 24,051
7257	905717	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 23,080
7258	905718	CARBAMATOS O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 46,900
7259	905719	CARBAMATOS O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 46,900
7260	905720	CIANUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 18,366
7261	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 18,282
7262	905722	HIDROCARBUROS AUTOMATIZADO	$ 16,901
7263	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 16,823
7264	905724	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	$ 24,164
7265	905725	COCAÍNA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 23,080
7266	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 24,051
7267	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 23,080
7268	905728	ESTRICNINA SEMIAUTOMATIZADO	$ 15,827
7269	905729	ESTRICNINA AUTOMATIZADO	$ 22,633
7270	905730	MERCURIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 40,040
7271	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 38,039
7272	905732	METACUALONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22,739
7273	905733	METACUALONA MANUAL	$ 22,633
7274	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 20,709
7275	905735	METADONA MANUAL	$ 19,674
7276	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 39,207
7277	905737	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] SEMIAUTOMATIZADO	$ 47,471
7278	905738	MONÓXIDO DE CARBONO [CARBOXIHEMOGLOBINA] AUTOMATIZADO	$ 36,838
7279	905739	OPIÁCEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 24,051
7280	905740	OPIÁCEOS MANUAL	$ 17,769
7281	905741	ORGANOCLORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 23,584
7282	905742	ORGANOFOSFORADOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 41,999
7283	905743	ORGANOFOSFORADOS MANUAL	$ 30,136
7284	905744	PARANITROFENOL SEMIAUTOMATIZADO	$ 21,541

7285	905745	PIRETRINAS MANUAL	$ 65,500
7286	905746	PIRETRINAS SEMIAUTOMATIZADO	$ 57,158
7287	905747	PIRETROIDES SEMIAUTOMATIZADO	$ 65,500
7288	905748	PIRETROIDES MANUAL	$ 21,817
7289	905749	PRIMIDONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 21,817
7290	905750	PRIMIDONA MANUAL	$ 21,716
7291	905751	PROPOXIFENO AUTOMATIZADO	$ 47,471
7292	905752	PROPOXIFENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 23,584
7293	905753	QUININA SEMIAUTOMATIZADO	$ 19,840
7294	905754	RODENTICIDAS ANTICOAGULANTES	$ 65,500
7295	905755	SALICILATOS AUTOMATIZADO	$ 15,319
7296	905756	SALICILATOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 15,247
7297	905757	SOLVENTES O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 74,900
7298	905758	SOLVENTES O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 24,916
7299	905759	SUSTANCIAS ALUCINOGENAS	$ 24,801
7300	905760	TALIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 26,568
7301	905801	NIVEL DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (ESPECÍFICA)	$ 184,145
7302	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 47,400
7303	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 9,820
7304	906003	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48,305
7305	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 75,089
7306	906005	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 52,900
7307	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 75,089
7308	906007	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 52,900
7309	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,599
7310	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,813
7311	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 43,377
7312	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 53,932
7313	906012	Brucella spp ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 28,106
7314	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 37,086
7315	906014	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,900
7316	906015	Campylobacter jejuni ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,900
7317	906016	Chlamydia pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63,643
7318	906017	Chlamydia psittaci ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61,736
7319	906018	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61,149
7320	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44,455
7321	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48,348
7322	906021	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63,348
7323	906022	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46,605
7324	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35,674
7325	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39,226
7326	906025	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49,152
7327	906026	Legionella spp ANTICUERPOS Ig G SEROTIPOS 1 -14 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,606
7328	906027	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 54,606
7329	906028	Legionella pneumoniae ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 54,352
7330	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55,971
7331	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 21,955
7332	906031	Mycobacterium leprae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,920
7333	906032	Mycobacterium tuberculosis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,900
7334	906033	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,920

7335	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39,226
7336	906035	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53,352
7337	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 17,366
7338	906037	Shiguella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,529
7339	906038	Streptococcus B hemolítico, ANTICUERPOS DESOXIRIBONUCLEASA B	$ 45,653
7340	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 37,994
7341	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,776
7342	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44,769
7343	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101,987
7344	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101,987
7345	906047	Bartonella quintana ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,900
7346	906048	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60,800
7347	906049	Coxiella burnetii ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60,800
7348	906050	Actynomices ANTICUERPOS	$ 137,200
7349	906051	Neisseria gonorrhoeae ANTICUERPOS	$ 50,500
7350	906052	Streptococcus pneumoniae (SEROTIPOS ESPECÍFICOS) ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7351	906102	Aspergillus ANTICUERPOS MANUAL	$ 76,002
7352	906103	Blastomyces ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76,002
7353	906104	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 34,948
7354	906105	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31,777
7355	906106	Cándida albicans ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30,851
7356	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73,751
7357	906108	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G CONFIRMATORIO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 83,593
7358	906109	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$ 31,561
7359	906110	Echinococcus ANTICUERPOS	$ 20,536
7360	906111	Coccidioides ANTICUERPOS	$ 25,492
7361	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 20,440
7362	906113	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 9,212
7363	906114	Entamoeba histolítica ANTICUERPOS MANUAL	$ 77,500
7364	906115	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7365	906116	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7366	906117	Giardia lamblia ANTICUERPO Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27,939
7367	906118	Histoplasma capsulatum ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,638
7368	906119	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES MANUAL	$ 27,810
7369	906120	HONGOS ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27,939
7370	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 9,073
7371	906122	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 102,884
7372	906123	Paracoccidiodes ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61,281
7373	906124	Sporotrix ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,766
7374	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60,997
7375	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 59,034
7376	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 38,193
7377	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 35,521
7378	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 40,403
7379	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 40,612
7380	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 35,351
7381	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	$ 40,423
7382	906133	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86,624

7383	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 136,232
7384	906135	Aspergillus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7385	906136	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62,081
7386	906137	Trichenella ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7387	906138	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46,801
7388	906139	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46,495
7389	906140	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100,867
7390	906141	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109,833
7391	906201	Adenovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 34,899
7392	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 34,738
7393	906204	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 29,548
7394	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29,835
7395	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30,958
7396	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 41,375
7397	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 44,229
7398	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 44,013
7399	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 27,685
7400	906211	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB -VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 51,053
7401	906212	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB -VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,508
7402	906213	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA -G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47,924
7403	906214	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62,259
7404	906215	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB -VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,573
7405	906216	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA -M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,606
7406	906217	Epstein -Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58,486
7407	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38,253
7408	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36,244
7409	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI -CORE HBC -M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33,798
7410	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI -CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32,083
7411	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI -HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32,005
7412	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI -HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41,455
7413	906224	Hepatitis B ANTICUERPOS DNA POLIMERASA AUTOMATIZADA	$ 44,522
7414	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58,536
7415	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46,648
7416	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40,009
7417	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 28,800
7418	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30,467
7419	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 28,348
7420	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41,024
7421	906232	HTLV -I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,709
7422	906233	HTLV -I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64,398
7423	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 60,072

7424	906235	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig M	$ 50,433
7425	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 52,472
7426	906237	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig M	$ 50,433
7427	906238	Parotiditis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40,380
7428	906239	Pollovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 144,685
7429	906240	Pollovirus ANTICUERPOS SEROTIPOS 1 -3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48,190
7430	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 36,250
7431	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 47,967
7432	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 53,496
7433	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 55,745
7434	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43,068
7435	906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41,764
7436	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 24,930
7437	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36,307
7438	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 36,604
7439	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 234,897
7440	906251	Virus de Encefalitis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 109,855
7441	906252	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7442	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$ 30,461
7443	906254	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig M	$ 89,996
7444	906255	Toxocara spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7445	906256	Helicobacter pylori ANTÍGENO	$ 35,639
7446	906257	Pneumocystis carinii ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7447	906258	Parotiditis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39,619
7448	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 111,273
7449	906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 21,630
7450	906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 22,445
7451	906262	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI -HBs] MANUAL	$ 39,488
7452	906263	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	$ 37,636
7453	906264	Rubeola ANTICUERPOS MANUAL	$ 48,190
7454	906265	Sarampión ANTICUERPOS MANUAL	$ 23,794
7455	906266	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78,310
7456	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76,015
7457	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 59,886
7458	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97,026
7459	906270	SARS CoV2 [COVID -19] ANTICUERPOS Ig G	$ 27,403
7460	906271	SARS CoV2 [COVID -19] ANTICUERPOS Ig M	$ 27,403
7461	906301	Adenovirus ANTÍGENO	$ 77,508
7462	906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 26,885
7463	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 74,276
7464	906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 25,680
7465	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56,564
7466	906306	Bordetella pertussi ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,511
7467	906307	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60,792
7468	906308	Chlamydia trachomatis ANTÍGENO MANUAL	$ 29,694
7469	906310	Coxsackie A ANTÍGENO POR NEUTRALIZACIÓN SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49,104
7470	906312	Coxsackie B ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60,800
7471	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	$ 60,890
7472	906315	Entamoeba histolítica ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40,921
7473	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 39,088

7474	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30,996
7475	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,874
7476	906320	Herpes simplex ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33,912
7477	906321	Influenza ANTÍGENO	$ 77,048
7478	906322	Legionella spp ANTÍGENO	$ 69,421
7479	906323	Neisseria gonorrhoeae ANTÍGENO	$ 29,202
7480	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	$ 49,766
7481	906325	Pneumocystis carinii ANTÍGENO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38,600
7482	906326	Rotavirus ANTÍGENOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42,234
7483	906327	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	$ 21,616
7484	906328	Salmonella spp IDENTIFICACIÓN MANUAL	$ 23,942
7485	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	$ 42,954
7486	906331	Streptococcus pneumoniae ANTÍGENO	$ 94,800
7487	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$ 34,725
7488	906333	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 167,032
7489	906335	Cryptosporidium spp ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110,500
7490	906336	Giardia lamblia ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110,500
7491	906337	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 205,096
7492	906340	SARS CoV 2 [COVID -19] ANTÍGENO	$ 76,959
7493	906341	Dengue ANTÍGENO MANUAL	$ 162,900
7494	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 125,556
7495	906404	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77,500
7496	906405	ADRENAL AUTOANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 50,500
7497	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS -A [Ro] SS -B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76,480
7498	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 44,332
7499	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39,182
7500	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39,230
7501	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43,275
7502	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42,752
7503	906412	CEMENTO INTERCELULAR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41,414
7504	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 46,086
7505	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C -ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 74,419
7506	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	$ 64,880
7507	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 31,031
7508	906418	DNA n ANTICUERPOS MANUAL	$ 34,363
7509	906419	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 60,888
7510	906420	ESPERMATOZOIDES ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 37,913
7511	906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96,546
7512	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96,547
7513	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 30,027
7514	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 38,897
7515	906428	ISOLEUCOAGLUTININAS	$ 16,148
7516	906429	Jo1 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 41,292
7517	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40,023
7518	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 94,548
7519	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 33,421

7520	906433	MITOCONDRIA ANTICUERPOS MANUAL	$ 24,832
7521	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 48,099
7522	906436	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 34,368
7523	906437	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS MANUAL	$ 37,245
7524	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 40,677
7525	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 44,254
7526	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 28,982
7527	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 26,716
7528	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 16,465
7529	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	$ 54,511
7530	906445	PLAQUETAS ANTICUERPOS CIRCULANTES Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66,340
7531	906446	PLAQUETAS ANTÍGENOS ASOCIADOS A ANTICUERPOS Ig G Ig M e Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66,340
7532	906447	PM/SCL ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66,032
7533	906448	PM1 ANTICUERPOS ASOCIADOS A POLIMIOSITIS AUTOMATIZADO	$ 66,032
7534	906449	PM2 ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 56,006
7535	906450	PROTEÍNA RIBOSOMAL P ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 42,028
7536	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 37,865
7537	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36,401
7538	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,796
7539	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 33,471
7540	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 36,822
7541	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 40,885
7542	906459	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) MANUAL	$ 31,928
7543	906460	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) SEMIAUTOMATIZADO	$ 33,898
7544	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	$ 57,833
7545	906463	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 44,086
7546	906464	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS MANUAL	$ 28,124
7547	906465	TIROIDEOS TIROGLOBULÍNICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 26,864
7548	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47,385
7549	906467	HORMONA PARATIROIDEA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 388,897
7550	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 315,157
7551	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 277,945
7552	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 374,328
7553	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7554	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,450
7555	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39,209
7556	906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7557	906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62,761
7558	906476	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7559	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86,297
7560	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 86,297
7561	906479	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7562	906480	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61,641

7563	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40,000
7564	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40,000
7565	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 150,053
7566	906484	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102,416
7567	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 91,639
7568	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114,451
7569	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI -Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 199,372
7570	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 291,393
7571	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 300,359
7572	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 192,509
7573	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 670,205
7574	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 130,460
7575	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 478,557
7576	906496	OTRO ANTICUERPO (ESPECÍFICO) PARA LA UNIÓN NEUROMUSCULAR SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,500
7577	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$ 437,090
7578	906498	IDENTIFICACIÓN DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECÍFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 98,626
7579	906501	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I (A B C)	$ 283,099
7580	906502	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE I Y II (A B C DR DQ DP)	$ 540,066
7581	906503	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B	$ 257,077
7582	906504	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR	$ 54,511
7583	906506	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO CLASE II (DR DQ DP)	$ 269,349
7584	906509	ANTICUERPOS CITOTÓXICOS ANTI HLA	$ 306,063
7585	906512	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS A	$ 124,687
7586	906513	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DR ALTA RESOLUCIÓN	$ 443,100
7587	906514	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DQ	$ 304,730
7588	906517	TIPIFICACIÓN ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS B27	$ 106,746
7589	906518	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS C	$ 270,201
7590	906519	TIPIFICACIÓN DE ANTÍGENO LEUCOCITARIO HUMANO LOCUS DP	$ 498,469
7591	906520	ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICO (DONANTE - RECEPTOR TRASPLANTE)	$ 146,868
7592	906521	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUALITATIVO	$ 228,519
7593	906522	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUALITATIVO	$ 228,519
7594	906523	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE I (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 296,329
7595	906524	ANTICUERPOS ANTI HLA CLASE II (P.R.A) CUANTITATIVO	$ 448,297
7596	906525	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE I	$ 48,174
7597	906526	ANTICUERPOS ANTI HLA ANTÍGENO AISLADO CLASE II	$ 752,608
7598	906601	ÁCIDO SIÁLICO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22,808
7599	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68,168
7600	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 43,544
7601	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15 -3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58,170
7602	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68,168
7603	906606	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19 -9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,461
7604	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 68,168
7605	906611	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,975

7606	906612	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA VELOCIDAD DE CAMBIO 2 MUESTRAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 119,942
7607	906613	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR AUTOMATIZADO	$ 98,126
7608	906614	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 47,562
7609	906618	ANTÍGENO TUMORAL DE VEJIGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 138,458
7610	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,411
7611	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58,915
7612	906622	ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72,068
7613	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29,421
7614	906624	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48,259
7615	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 28,104
7616	906626	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 29,286
7617	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105,350
7618	906701	CULTIVO MIXTO DE LINFOCITOS	$ 233,600
7619	906702	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,511
7620	906703	LEUCOCITOS CD14 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 54,766
7621	906704	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,511
7622	906705	LEUCOCITOS CD33 MONOCITOS GRANULOCITOS POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 54,766
7623	906706	LEUCOCITOS CD34 CÉLULAS PROGENITORAS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 220,059
7624	906708	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 8,700
7625	906709	LEUCOCITOS CD45 LEUCOCITOS TOTALES POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 11,100
7626	906710	LEUCOCITOS MPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 8,700
7627	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57,380
7628	906712	LINFOCITOS T CD3 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 84,776
7629	906713	LINFOCITOS T CD3 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 47,833
7630	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92,138
7631	906715	LINFOCITOS T CD4 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 72,979
7632	906716	LINFOCITOS CD5 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,766
7633	906717	LINFOCITOS CD5 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 195,400
7634	906718	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,511
7635	906719	LINFOCITOS CD7 LINFOCITOS T Y NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 64,171
7636	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105,300
7637	906721	LINFOCITOS T CD8 POR INMUNOFLUORESCENCIA	$ 67,234
7638	906722	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE -B [CALLA] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,511
7639	906723	LINFOCITOS CD10 LINFOCITOS PRE -B [CALLA] POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 73,811
7640	906724	LINFOCITOS CD11 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 73,468
7641	906725	LINFOCITOS CD11 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 73,468
7642	906726	LINFOCITOS CD13 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 195,400
7643	906727	LINFOCITOS CD13 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7644	906728	LINFOCITOS CD15 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,766
7645	906729	LINFOCITOS CD15 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7646	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45,803
7647	906731	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 54,766
7648	906732	LINFOCITOS CD22 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125,483
7649	906733	LINFOCITOS CD22 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7650	906734	LINFOCITOS CD23 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,766
7651	906735	LINFOCITOS CD23 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400

7652	906736	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,511
7653	906737	LINFOCITOS CD38 LINFOCITOS T ACTIVADOS Y B, LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7654	906738	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57,380
7655	906739	LINFOCITOS CD56 LINFOCITOS NK POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7656	906740	LINFOCITOS CD79a SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 195,400
7657	906741	LINFOCITOS CD79a POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7658	906742	LINFOCITOS CD79b SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125,483
7659	906743	LINFOCITOS CD79b POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7660	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 180,564
7661	906745	LINFOCITOS T INMADUROS CD1 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7662	906746	MONOCITOS CD45 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,766
7663	906747	MONOCITOS CD45 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7664	906748	MONOCITOS CD64 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 54,511
7665	906749	MONOCITOS CD64 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 54,766
7666	906751	PLAQUETAS CD41 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 54,766
7667	906753	PLAQUETAS CD61 POR INMUNOHISTOQUÍMICA	$ 195,400
7668	906754	LINFOCITOS B DE MEMORIA SUBPOBLACIONES IgD CD27 CD19 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125,200
7669	906757	LINFOCITOS ALFA BETA (CD4 CD8): TC Rab CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 195,400
7670	906758	LINFOCITOS B TOTALES MÁS EXPRESIÓN DEL RECEPTOR DEL COMPLEMENTO CR2: CD45 CD19 CD21 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125,200
7671	906759	LINFOCITOS B TRANSICIONALES: CD24 CD19 CD38 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125,200
7672	906762	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124,700
7673	906763	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124,700
7674	906764	LINFOCITOS T SUBPOBLACIONES PRINCIPALES: CD45 CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124,700
7675	906765	MARCADOR TCR ALFA BETA (TCRab) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 217,900
7676	906801	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 131,060
7677	906802	CAMPO OSCURO PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 20,064
7678	906806	COMPLEMENTO C1Q SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 53,477
7679	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA	$ 72,384
7680	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 25,614
7681	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 95,385
7682	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 69,437
7683	906813	FACTOR INTRÍNSECO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 61,756
7684	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO	$ 31,200
7685	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22,905
7686	906822	HISTAMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 20,536
7687	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22,800
7688	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	$ 21,516
7689	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$ 134,841
7690	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 22,650
7691	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 28,929

7692	906828	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 22,650
7693	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 33,861
7694	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 251,220
7695	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 22,650
7696	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 27,410
7697	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58,281
7698	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIALTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 36,605
7699	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 30,480
7700	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 30,480
7701	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50,101
7702	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108,119
7703	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 64,172
7704	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110,567
7705	906845	TOXOIDE DIFTÉRICO ANTICUERPOS Ig G	$ 50,500
7706	906846	TOXOIDE TETÁNICO ANTICUERPOS Ig G	$ 50,500
7707	906847	PROCALCITONINA MANUAL	$ 128,055
7708	906848	INTERFERÓN GAMMA [GAMMAINTERFERÓN]	$ 176,935
7709	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95,212
7710	906853	INTERLEUQUINA 6	$ 70,199
7711	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$ 54,194
7712	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$ 436,966
7713	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 45,175
7714	906901	AGLUTININAS AL FRÍO	$ 6,309
7715	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$ 15,691
7716	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 11,236
7717	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 37,382
7718	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 25,834
7719	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	$ 45,969
7720	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 23,824
7721	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	$ 32,260
7722	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 25,084
7723	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 8,036
7724	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52,209
7725	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	$ 19,385
7726	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 8,781
7727	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	$ 9,992
7728	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 7,203
7729	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 5,464
7730	907002	COPROLÓGICO	$ 4,768
7731	907003	COPROLÓGICO POR CONCENTRACIÓN	$ 6,296
7732	907004	COPROSCÓPICO	$ 13,368
7733	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$ 5,211
7734	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	$ 9,428
7735	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 5,864
7736	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 3,704
7737	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	$ 11,500

7738	907010	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUALITATIVO	$ 5,552
7739	907011	UROBILINÓGENO EN MATERIA FECAL CUANTITATIVO	$ 24,400
7740	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 11,500
7741	907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 15,100
7742	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 42,975
7743	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO	$ 22,016
7744	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 4,430
7745	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 2,038
7746	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 4,045
7747	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 9,437
7748	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$ 8,199
7749	907106	UROANÁLISIS	$ 6,056
7750	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$ 15,137
7751	907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	$ 13,163
7752	907109	DENSIDAD URINARIA	$ 6,311
7753	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$ 21,616
7754	907202	MOCO CERVICAL ANÁLISIS	$ 15,756
7755	907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	$ 22,754
7756	907204	PARÁSITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES	$ 16,100
7757	907205	FRAGILIDAD OSMÓTICA ESPERMÁTICA	$ 24,400
7758	908301	ASPARTILCILASA ACTIVIDAD	$ 186,500
7759	908302	GALACTOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 30,786
7760	908303	GANGLIÓSIDOS CUALITATIVOS	$ 125,700
7761	908304	FOSFOFRUCTOCINASA ACTIVIDAD	$ 23,098
7762	908305	PIRUVATOCINASA ACTIVIDAD	$ 156,904
7763	908306	PIRUVATO DESHIDROGENASA ACTIVIDAD	$ 22,991
7764	908308	ÁCIDO ORÓTICO	$ 33,312
7765	908309	AMINOÁCIDOS CUALITATIVOS	$ 32,795
7766	908310	AMINOÁCIDOS POR CLORURO FÉRRICO	$ 36,300
7767	908311	AMINOÁCIDOS POR DINITROFENILHIDRACINA	$ 36,300
7768	908312	AMINOÁCIDOS POR NITROPRUSIATO	$ 36,300
7769	908313	AMINOÁCIDOS POR NITROSONAFTOL	$ 36,300
7770	908314	CISTINA CUANTITATIVA	$ 108,900
7771	908315	FENILALANINA CURVA DE TOLERANCIA	$ 465,600
7772	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 8,494
7773	908317	TIROSINASA TEST CON RAÍZ DE CABELLO	$ 388,100
7774	908318	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	$ 25,342
7775	908319	FOSFORILASA ACTIVIDAD	$ 170,700
7776	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 572,470
7777	908321	GLUCOSA 6 FOSFATASA ACTIVIDAD	$ 173,900
7778	908322	GLUCOSA 6 FOSFATASA TRANSPORTADOR ACTIVIDAD	$ 173,900
7779	908323	GLUCÓGENO CURVA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (DETERMINACIÓN DE GLUCOSA Y ÁCIDO LÁCTICO)	$ 465,600
7780	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 48,191
7781	908325	ALFA L IDURONIDASA ACTIVIDAD	$ 168,100
7782	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD	$ 61,522
7783	908327	GALACTOSA 6 SULFATO SULFATASA ACTIVIDAD	$ 173,900
7784	908328	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUALITATIVOS	$ 31,773
7785	908329	ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA CUANTITATIVO	$ 256,232
7786	908330	ARILSULFATASA A ACTIVIDAD	$ 44,119

7787	908331	BETA GLUCORONIDASA ACTIVIDAD	$ 64,760
7788	908332	HEXOSAMINIDASA A Y B ACTIVIDAD	$ 186,500
7789	908333	OLIGOSACÁRIDOS CUALITATIVOS	$ 125,700
7790	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	$ 229,752
7791	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$ 107,591
7792	908340	CARBOHIDRATOS CUANTITATIVOS	$ 17,373
7793	908341	ÁCIDO SIÁLICO CUANTITATIVO	$ 18,630
7794	908342	GLICOSAMINOGLICANOS [MUCOPOLISACÁRIDOS] CUANTITATIVOS	$ 117,800
7795	908343	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO O CUANTITATIVO	$ 314,037
7796	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	$ 63,861
7797	908348	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST EJERCICIO ISQUÉMICO	$ 66,500
7798	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)	$ 40,347
7799	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)	$ 151,300
7800	908351	PTERINAS CUANTITATIVAS	$ 1,294,200
7801	908355	BIOTINIDASA ACTIVIDAD	$ 93,200
7802	908356	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$ 210,700
7803	908357	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUANTITATIVO	$ 257,700
7804	908408	CARIOTIPO DE INTERCAMBIO DE CROMÁTIDES HERMANAS [SCE]	$ 337,452
7805	908409	CARIOTIPO PARA CROMOSOMA X FRÁGIL	$ 406,721
7806	908411	CARIOTIPO PARA ESTADOS LEUCÉMICOS	$ 529,711
7807	908413	ERBB2 [HER -2/neu] (ONCOGEN) HIBRIDACIÓN "IN SITU"	$ 1,043,735
7808	908414	PRUEBA DE CROMATINA	$ 61,809
7809	908418	ESTUDIOS GENÉTICOS DE CROMOSOMAS (ESPECÍFICOS)	$ 1,031,084
7810	908422	ESTUDIO MOLECULAR DE EXONES (ESPECÍFICOS)	$ 1,820,769
7811	908426	METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA [MTHFR] MUTACIÓN	$ 362,301
7812	908427	F2 (FACTOR II O PROTROMBINA) MUTACIÓN G20210A	$ 299,710
7813	908435	PCA3 PARA CÁNCER DE PROSTATA	$ 2,457,000
7814	908439	CARIOTIPO CON FRAGILIDAD CROMOSÓMICA	$ 477,436
7815	908441	FACTOR DE LEIDEN MUTACIÓN	$ 206,217
7816	908442	ESTUDIO MOLECULAR DE SECUENCIA DE GENOMA COMPLETO	$ 2,701,300
7817	908443	ESTUDIO MOLECULAR DE ADN LIBRE CIRCULANTE (ESPECIFICO)	$ 2,701,300
7818	908444	ESTUDIO MOLECULAR DE EXPANSIÓN DE MUTACIONES DINÁMICAS (ESPECÍFICO)	$ 2,701,300
7819	908445	ESTUDIO MOLECULAR DE ARN O MICRO ARN (ESPECIFICO)	$ 2,701,300
7820	908446	ESTUDIO MOLECULAR DE METILACIÓN O IMPRONTA [IMPRINTING] EN GENES (ESPECIFICO)	$ 2,701,300
7821	908448	CARIOTIPO CON BANDEO (ESPECÍFICO)	$ 961,007
7822	908601	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA BLANCA, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 517,500
7823	908602	ENZIMAS RELACIONADAS CON ENFERMEDADES DE LA SUSTANCIA GRIS, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 517,500
7824	908603	ENZIMAS GLICOLÍTICAS, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 517,500
7825	908604	ENZIMAS LISOSOMALES, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 85,812
7826	908605	ENZIMAS DEL METABOLISMO DEL GLICÓGENO, MEDICIÓN DE CADA UNA	$ 21,642
7827	908606	HIPOXANTINA GUANINA FOSFORIBOSIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 85,413
7828	908608	GLUCÓGENO ESTRUCTURA Y CUANTIFICACIÓN	$ 465,600
7829	908610	CARNITINA TOTAL Y LIBRE CUANTITATIVA	$ 97,400
7830	908802	Virus de Inmunodeficiencia Humana GENOTIPO	$ 1,231,795
7831	908803	Hepatitis B GENOTIPO	$ 166,000
7832	908804	Citomegalovirus GENOTIPO	$ 102,100
7833	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 48,174
7834	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 521,779

7835	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 315,900
7836	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL	$ 146,100
7837	908809	BK POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 715,034
7838	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 1,659,378
7839	908811	Epstein -Barr CARGA VIRAL	$ 577,476
7840	908812	Adenovirus CARGA VIRAL	$ 470,712
7841	908813	Parvovirus CARGA VIRAL	$ 412,434
7842	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$ 388,099
7843	908833	Hepatitis C GENOTIPO	$ 782,279
7844	908855	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 645,739
7845	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 217,984
7846	908857	IDENTIFICACIÓN DE OTRO PARÁSITO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 235,356
7847	908858	IDENTIFICACIÓN DE OTRO HONGO (ESPECÍFICO) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1,099,375
7848	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 703,248
7849	908861	Virus de Inmunodeficiencia Humana DETECCIÓN DEL PROVIRUS POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 132,000
7850	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 257,771
7851	908865	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 132,000
7852	908866	Hepatitis B IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 276,823
7853	908867	Toxocara spp IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 186,500
7854	908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 347,430
7855	908869	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 72,800
7856	908870	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 336,223
7857	908871	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 268,978
7858	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 351,176
7859	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 308,178
7860	908874	Mycobacterium no tuberculoso IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 155,000
7861	908875	Mycobacterium leprae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 155,000
7862	908876	Leishmania IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 25,700
7863	908877	Clostridium difficile IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304,300
7864	908878	Streptococcus pneumoniae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 38,100
7865	908879	Bordetella pertussis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 2,701,300
7866	908880	Bordetella parapertussis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304,300
7867	908881	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304,300
7868	908882	Neisseria meningitidis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 2,701,300
7869	908883	Hepatitis E IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304,300
7870	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 347,551
7871	908886	Adenovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 2,701,300
7872	908887	Histoplasma IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 60,200
7873	908888	Chlamydia IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 101,600
7874	908889	Neisseria gonorrhoeae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 77,500
7875	908890	DETECCIÓN Virus del Papiloma Humano POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 156,768
7876	911001	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 45,513
7877	911002	ANTICUERPOS IRREGULARES TITULACIÓN EN TUBO	$ 47,844
7878	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA	$ 39,256

7879	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 51,302
7880	911005	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 48,509
7881	911006	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO	$ 51,616
7882	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	$ 24,874
7883	911008	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) EN TUBO	$ 29,273
7884	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$ 17,840
7885	911010	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO EN TUBO	$ 16,264
7886	911011	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO POR MICROTÉCNICA CUALQUIER ANTÍGENO	$ 21,079
7887	911012	FENOTIPO ERITROCITARIO EXTENDIDO EN TUBO CUALQUIER ANTÍGENO	$ 21,079
7888	911013	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO POR MICROTÉCNICA	$ 20,983
7889	911014	FENOTIPO SISTEMA Rh CUALQUIER ANTÍGENO EN TUBO	$ 20,983
7890	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	$ 4,430
7891	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	$ 4,232
7892	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$ 7,002
7893	911018	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] EN TUBO	$ 7,002
7894	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	$ 14,254
7895	911020	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] EN TUBO	$ 14,188
7896	911021	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA POR MICROTÉCNICA	$ 22,119
7897	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$ 21,128
7898	911023	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE POR MICROTÉCNICA	$ 39,956
7899	911024	ESTUDIO DEL ANTÍGENO Rh D VARIANTE EN TUBO	$ 4,430
7900	911025	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] POR MICROTÉCNICA	$ 12,900
7901	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	$ 4,410
7902	911027	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS	$ 65,500
7903	911028	ADSORCIÓN (ABSORCIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS	$ 65,500
7904	911029	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS FÍSICOS	$ 65,500
7905	911030	ELUCIÓN (DISOCIACIÓN) O MODIFICACIÓN DE MEMBRANA ERITROCITARIA AUTÓLOGA O ALOGÉNICA POR MEDIOS QUÍMICOS	$ 65,500
7906	911031	PRUEBA CRUZADA PLAQUETARIA	$ 65,500
7907	911032	DETECCIÓN DE AUTOANTICUERPO [CONTROL AUTÓLOGO] EN TUBO	$ 65,500
7908	911033	DETECCIÓN DE AUTOANTICUERPO [CONTROL AUTÓLOGO] POR MICROTÉCNICA	$ 65,500
7909	911034	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$ 14,581
7910	911035	DETECCIÓN DE ISOAGLUTININAS POR MICROTÉCNICA	$ 38,600
7911	911036	TITULACIÓN DE ISOAGLUTININAS EN TUBO	$ 38,600
7912	911037	TITULACIÓN DE ISOAGLUTININAS POR MICROTÉCNICA	$ 38,600
7913	911038	DETERMINACIÓN DEL ANTÍGENO H EN EL GLÓBULO ROJO O EN OTROS FLUIDOS CUALQUIER TÉCNICA	$ 36,300
7914	911101	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE AUTOTRANSFUSIÓN [PREDEPÓSITO]	$ 204,555
7915	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	$ 33,280
7916	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 42,200
7917	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 22,368
7918	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	$ 167,490
7919	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	$ 204,448
7920	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	$ 331,575

7921	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 26,416
7922	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 174,486
7923	911113	IRRADIACIÓN DE HEMOCOMPONENTE	$ 957,816
7924	911114	PROCESAMIENTO DE MEZCLA DE PLAQUETAS A PARTIR DE CAPA LEUCOPLAQUETARIA	$ 98,800
7925	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 43,973
7926	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 190,117
7927	911117	CONCENTRACIÓN DE UNIDAD DE HEMOCOMPONENTES CELULARES "	$ 98,800
7928	911118	PROCESAMIENTO DE HEMOCOMPONENTE ALÍCUOTA PEDIÁTRICA	$ 98,800
7929	911119	PROCESAMIENTO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS	$ 98,800
7930	911120	REDUCCIÓN DE PATÓGENOS EN SANGRE TOTAL, COMPONENTES DE PLASMA O PLAQUETAS (HASTA 6 PLASMAS O PLAQUETAS ESTÁNDAR) O POR AFÉRESIS.	$ 98,800
7931	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	$ 409,200
7932	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS O LEUCOFÉRESIS	$ 98,800
7933	911203	PROCESAMIENTO DE PLASMA POR AFÉRESIS O PLASMAFÉRESIS	$ 1,526,244
7934	911204	SEPARACIÓN DE CÉLULAS PROGENITORAS PARA TRASPLANTE	$ 532,603
7935	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERÍTROCITOS POR AFÉRESIS O ERITROFÉRESIS	$ 98,800
7936	911301	CITAFÉRESIS REDUCTIVA (LEUCOCITOS ERITROCITOS O PLAQUETAS)	$ 352,549
7937	911302	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO	$ 375,222
7938	911401	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENOS EN MEZCLA DE SUEROS DE DONANTES	$ 591,700
7939	911402	TAMIZAJE MOLECULAR DE ANTÍGENO INDIVIDUAL EN SUERO DE DONANTE	$ 591,700
7940	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 12,424
7941	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 23,544
7942	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 12,424
7943	912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 28,538
7944	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 30,080
7945	912010	EXSANGUINO TRANSFUSIÓN	$ 113,390
7946	912011	HEMODILUCIÓN NORMOVOLÉMICA INTRAOPERATORIA	$ 209,916
7947	912012	TRANSFUSIÓN AUTÓLOGA POR OBTENCION MECÁNICA INTRAOPERATORIA	$ 462,979
7948	912020	INFUSIÓN DE EXPANSORES PLASMÁTICOS	$ 83,018
7949	920101	GAMAGRAFÍA CEREBRAL ESTÁTICA	$ 379,944
7950	920102	GAMAGRAFÍA CEREBRAL DINÁMICA (ESTUDIO DE MUERTE CEREBRAL)	$ 312,003
7951	920103	CISTERNOGAMAGRAFÍA	$ 466,456
7952	920104	GAMAGRAFÍA DE DERIVACIONES	$ 287,279
7953	920105	GAMAGRAFÍA SPECT CEREBRAL	$ 1,178,174
7954	920201	CAPTACIÓN TIROIDEA DE I -131 A 4 O 24 HORAS	$ 600,286
7955	920202	GAMAGRAFÍA DE TIROIDES	$ 130,060
7956	920204	GAMAGRAFÍA CON METAIODO BENCILGUANIDINA [MIBG]	$ 1,626,500
7957	920208	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS PARATIROIDES O TETROFOSMIN	$ 1,385,747
7958	920209	PRUEBA DE SUPRESIÓN	$ 220,827
7959	920210	PRUEBA DE PERCLORATO	$ 207,588
7960	920211	GAMAGRAFÍA DE SUPRARRENAL CON IODO COLESTEROL	$ 890,000
7961	920214	GAMAGRAFÍA CON OCTREOTIDE	$ 8,830,000
7962	920215	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULA MAMARIA	$ 1,343,361
7963	920301	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN	$ 290,078
7964	920302	GAMAGRAFÍA PULMONAR, VENTILACIÓN	$ 480,237
7965	920303	BÚSQUEDA DE HEMORRAGIA PULMONAR	$ 129,756
7966	920304	GAMAGRAFÍA PULMONAR, PERFUSIÓN Y VENTILACIÓN	$ 657,934
7967	920305	GAMAGRAFÍA DE ACLARAMIENTO MUCOCILIAR	$ 326,713

7968	920306	GAMAGRAFÍA DE PERMEABILIDAD ALVEOLO CAPILAR	$ 890,000
7969	920307	SALIVOGRAMA (TEST DE BRONCOASPIRACIÓN)	$ 199,225
7970	920310	GAMAGRAFÍA SPECT TORAX	$ 780,975
7971	920401	VENTRICULOGRAFÍA NUCLEAR	$ 304,811
7972	920406	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO	$ 416,122
7973	920407	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA EN REPOSO Y POST -EJERCICIO	$ 572,605
7974	920408	PERFUSIÓN MIOCÁRDICA CON STRESS FARMACOLÓGICO	$ 416,122
7975	920410	GAMAGRAFIA DE MIOCARDIO CON PIROFOSFATOS O DIFOSFONATOS	$ 502,177
7976	920411	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN ARTERIAL	$ 443,925
7977	920412	VENOGAMAGRAFÍA	$ 387,061
7978	920414	GAMAGRAFÍA DE VIABILIDAD MIOCÁRDICA CON TALIO O MARCADORES DE TC.	$ 890,000
7979	920415	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE CARDÍACO	$ 890,000
7980	920501	GAMAGRAFÍA ESPLÉNICA	$ 155,562
7981	920502	GAMAGRAFÍA DE MÉDULA ÓSEA	$ 225,036
7982	920503	GAMAGRAFÍA DE GANGLIOS LINFÁTICOS - LINFOGAMAGRAFÍA	$ 733,310
7983	920504	GAMAGRAFÍA DE FERROCINÉTICA	$ 890,000
7984	920505	GAMAGRAFÍA CON LEUCOCITOS MARCADOS	$ 1,340,246
7985	920506	MEDICIÓN DE ABSORCIÓN GASTROINTESTINAL DE VITAMINA B12 [SHILLING]	$ 181,200
7986	920507	GAMAGRAFÍA DE INFECCIÓN CON HIG	$ 890,000
7987	920508	VOLUMEN DE GLÓBULOS ROJOS	$ 258,700
7988	920509	VIDA MEDIA DE GLÓBULOS ROJOS	$ 474,200
7989	920510	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO - COMPARTIMENTOS VASCULARES	$ 890,000
7990	920511	VOLUMEN PLASMÁTICO	$ 75,865
7991	920601	GAMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES	$ 197,630
7992	920602	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON ERITROCITOS MARCADOS	$ 583,740
7993	920603	GAMAGRAFÍA EN HEMORRAGIA DIGESTIVA CON COLOIDE	$ 1,026,900
7994	920604	GAMAGRAFÍA PARA MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA	$ 254,146
7995	920605	GAMAGRAFÍA DE TRÁNSITO ESOFÁGICO	$ 279,386
7996	920606	GAMAGRAFÍA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO	$ 346,451
7997	920607	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE SÓLIDA	$ 433,126
7998	920608	GAMAGRAFÍA DE VACIAMIENTO GÁSTRICO EN FASE LÍQUIDA	$ 417,473
7999	920609	GAMAGRAFÍA SPECT ABDOMEN	$ 893,100
8000	920701	GAMAGRAFÍA HEPATOESPLÉNICA	$ 383,751
8001	920702	GAMAGRAFÍA HEPATOBILIAR	$ 644,074
8002	920706	GAMAGRAFÍA HEPATOESPLÉNICA CON SPECT	$ 378,400
8003	920707	GAMAGRAFÍA DE POOL SANGUÍNEO HEPÁTICO	$ 487,873
8004	920802	RENOGRAMA SECUENCIAL CON FILTRACIÓN GLOMERULAR	$ 263,250
8005	920803	GAMAGRAFÍA DE FLUJO PLASMÁTICO RENAL EFECTIVO	$ 571,061
8006	920805	GAMAGRAFÍA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR	$ 314,175
8007	920806	GAMAGRAFÍA DE PERFUSIÓN TESTICULAR Y CONTENIDO ESCROTAL	$ 444,050
8008	920807	CISTOGAMAGRAFÍA	$ 345,814
8009	920808	RENOGRAMA BASAL Y POST CAPTOPRIL	$ 719,929
8010	920809	GAMAGRAFÍA RENAL ESTÁTICA CON DMSA	$ 182,697
8011	920811	RENOGRAMA CON MERTIATIDE	$ 200,787
8012	920812	RENOGRAMA DIURÉTICO	$ 309,001
8013	920813	GAMAGRAFÍA DE TRASPLANTE RENAL	$ 632,592
8014	920901	GAMAGRAFÍA ÓSEA (CORPORAL TOTAL O SEGMENTARIA)	$ 375,217
8015	920902	GAMAGRAFÍA ÓSEA DE TRES FASES	$ 436,505
8016	920903	GAMAGRAFÍA ÓSEA CON SPECT	$ 569,306
8017	920904	GAMAGRAFÍA SPECT COLUMNA	$ 472,000
8018	921201	GAMAGRAFÍA CON GALIO 67	$ 1,010,200

8019	921402	TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET -TC] CON 18 - FLUOR	$ 4,022,203
8020	921405	TOMOGRAFIA POR EMISION DE POSITRONES [PET -TC] CON PSMA	$ 2,200,000
8021	922803	TERAPIA CON YODO RADIACTIVO (131 -I)	$ 18,355,739
8022	922806	TERAPIA CON OTRO RADIOISÓTOPO	$ 8,148,752
8023	930201	EVALUACIÓN ORTÉSICA	$ 78,640
8024	930301	EVALUACIÓN PROTÉSICA EN EXTREMIDADES	$ 78,640
8025	930401	EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN OSTEOMUSCULAR	$ 35,100
8026	930402	EVALUACIÓN DE FUNCIÓN MUSCULAR ESTÁTICA, DINÁMICA Y FLEXIBILIDAD	$ 35,100
8027	930403	ESTUDIO COMPUTARIZADO DE LA MARCHA	$ 99,400
8028	930801	ELECTROMIOGRAFÍA CON ELECTRODO DE FIBRA ÚNICA	$ 79,044
8029	930802	ELECTROMIOGRAFIA CUANTITATIVA	$ 79,414
8030	930803	ANÁLISIS Y CUANTIFICACIÓN DE UNIDADES MOTORAS	$ 152,000
8031	930804	ANÁLISIS CUANTITATIVO SENSITIVO	$ 152,000
8032	930805	ELECTROMIOGRAFÍA DE SUPERFICIE	$ 59,003
8033	930806	ELECTROMIOGRAFÍA DE PARAESPINALES	$ 79,414
8034	930807	ELECTROMIOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 96,800
8035	930808	ELECTROMIOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA (CADA LADO)	$ 114,773
8036	930810	ELECTROMIOGRAFÍA LARINGEA O DE CUELLO	$ 114,773
8037	930820	ELECTROMIOGRAFÍA EN CARA	$ 238,042
8038	930821	ELECTRONEURONOGRAFÍA [ENOG]	$ 96,800
8039	930860	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)	$ 46,632
8040	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	$ 12,456
8041	931002	TERAPIA CON ONDAS DE CHOQUE DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR (CADA SESIÓN)	$ 35,100
8042	931101	MODALIDADES CINÉTICAS DE TERAPIA	$ 20,100
8043	931501	MODALIDADES ELECTRICAS O ELECTROMAGNÉTICAS DE TERAPIA	$ 20,100
8044	931502	ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL REPETITIVA	$ 20,100
8045	931601	MODALIDADES MECÁNICAS DE TERAPIA	$ 35,100
8046	931701	MODALIDADES NEUMÁTICAS DE TERAPIA	$ 35,100
8047	933301	TERAPIA MODALIDADES HIDRÁULICAS E HÍDRICAS	$ 35,100
8048	933501	TERAPIA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	$ 33,942
8049	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	$ 45,588
8050	933602	CONTRAPULSACIÓN EXTERNA MEJORADA	$ 92,600
8051	933603	TERAPIA DE ONDAS DE CHOQUE MIOCÁRDICA	$ 92,600
8052	933701	ENTRENAMIENTO PRE, PERI Y POST PARTO	$ 17,000
8053	934101	TRACCIÓN ESPINAL CON EMPLEO DEL DISPOSITIVO CRANEAL	$ 578,845
8054	934201	TRACCIÓN CUTÁNEA PARA DESCOMPRESIÓN DE CANAL RAQUÍDEO SEGMENTO LUMBAR	$ 581,548
8055	934501	TRACCIÓN ESQUELÉTICA DE MIEMBROS	$ 2,181,300
8056	934601	TRACCIÓN CUTÁNEA DE MIEMBROS	$ 1,984,600
8057	935001	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA	$ 23,439
8058	935101	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO	$ 86,000
8059	935201	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL MOLDEADO	$ 435,279
8060	935202	APLICACIÓN O CAMBIO DE SOPORTE CERVICAL PREVIAMENTE FABRICADO	$ 86,000
8061	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 30,643
8062	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	$ 24,889
8063	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO	$ 58,360
8064	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	$ 35,456
8065	935305	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO EN PIE	$ 23,632
8066	935306	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)	$ 44,708

8067	935307	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX	$ 44,388
8068	935308	MANIPULACIÓN Y APLICACIÓN DE YESO PARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE	$ 23,977
8069	935401	APLICACIÓN DE FÉRULA	$ 23,527
8070	935601	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN	$ 86,000
8071	935602	APLICACIÓN DE VENDAJE DE PRESIÓN MULTICAPA	$ 86,000
8072	935701	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA	$ 86,000
8073	935901	APLICACIÓN DE VENDAJE DE VELPEAU	$ 24,950
8074	936801	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA	$ 146,565
8075	937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	$ 9,520
8076	937201	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DEL HABLA	$ 9,520
8077	937202	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA VOZ	$ 9,520
8078	937203	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN	$ 9,520
8079	939401	MEDICACIÓN RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACIÓN (AEROSOLTERAPIA)	$ 8,247
8080	939402	NEBULIZACIÓN	$ 7,176
8081	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$ 12,944
8082	952101	ELECTRORRETINOGRAMA MONOFOCAL	$ 871,197
8083	952102	ELECTRORRETINOGRAMA MULTIFOCAL	$ 123,502
8084	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	$ 262,900
8085	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES	$ 92,026
8086	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD	$ 109,127
8087	960101	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA NASOFARÍNGEA	$ 54,230
8088	960201	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA	$ 56,151
8089	960301	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OBTURADA ESOFÁGICA	$ 59,548
8090	960401	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETRÓGRADA	$ 48,196
8091	960402	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ	$ 55,790
8092	960403	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO	$ 59,548
8093	960404	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON SONDA LUMINOSA	$ 59,548
8094	960405	INSERCIÓN DE CÁNULA JET TRANSTRAQUEAL	$ 59,548
8095	960601	INSERCIÓN DE TUBO O SONDA (TAPONAMIENTO ESOFÁGICO)	$ 59,548
8096	960701	INSERCIÓN DE OTRO TUBO O SONDA NASO -GÁSTRICA (INTUBACIÓN PARA DECOMPRESIÓN)	$ 13,256
8097	960801	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	$ 796,422
8098	960901	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE TUBO O SONDA RECTAL	$ 30,420
8099	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL	$ 33,012
8100	961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA	$ 14,655
8101	962101	DILATACIÓN DEL RECTO	$ 53,200
8102	962201	DILATACIÓN DEL ESFÍNTER ANAL	$ 50,441
8103	962301	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA	$ 23,614
8104	962401	DILATACIÓN Y MANIPULACIÓN DE ESTOMA DE ENTEROSTOMÍA	$ 13,790
8105	963101	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA	$ 13,256
8106	963301	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA	$ 13,256
8107	963801	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS	$ 273,707
8108	963901	ENEMA O IRRIGACIÓN TRANSANAL	$ 10,274
8109	964101	IRRIGACIÓN, LAVADO O LIMPIEZA E INSTILACIÓN LOCAL DE COLECISTOSMÍA Y OTRO TUBO BILIAR	$ 24,685
8110	964901	INSTILACIÓN GENITOURINARIA	$ 26,788
8111	965101	IRRIGACIÓN Y LAVADO DEL OJO	$ 9,757
8112	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	$ 11,260
8113	965202	CURACIÓN DE OÍDO	$ 12,018
8114	965203	CURACIÓN DE OÍDO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 12,018
8115	965301	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NASALES	$ 2,558
8116	965901	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL	$ 6,089

8117	965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	$ 10,776
8118	966101	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA	$ 14,556
8119	970101	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA	$ 13,726
8120	970201	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA	$ 14,488
8121	970301	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO	$ 76,311
8122	970401	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO	$ 76,311
8123	970501	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO	$ 82,388
8124	971101	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR	$ 25,051
8125	971201	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR	$ 22,204
8126	971401	SUSTITUCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO PARA INMOVILIZACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA	$ 24,194
8127	972301	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 9,729
8128	972601	SUSTITUCIÓN DE OTRO TAPÓN (MECHA) O DRENAJE VAGINAL O VULVAR	$ 3,432
8129	973701	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 4,531
8130	974101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TORACOTOMÍA O DE DRENAJE DE CAVIDAD PLEURAL	$ 13,726
8131	974201	EXTRACCIÓN DE DREN MEDIASTÍNICO	$ 335,366
8132	974301	RETIRO DE SUTURAS DE TÓRAX (RETIRO DE PUNTOS)	$ 26,144
8133	975101	EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	$ 14,723
8134	975201	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO DELGADO	$ 14,723
8135	975301	EXTRACCIÓN DE TUBO DE INTESTINO GRUESO O APÉNDICE	$ 14,723
8136	975401	EXTRACCIÓN DE TUBO DE COLECISTOSTOMÍA	$ 14,723
8137	975501	EXTRACCIÓN DE TUBO EN T U OTRO TUBO DE VÍA BILIAR O TUBO HEPÁTICO	$ 14,723
8138	975601	EXTRACCIÓN DE TUBO O DREN PANCREÁTICO	$ 14,723
8139	975901	EXTRACCIÓN DE OTRO DISPOSITIVO TERAPÉUTICO DEL APARATO DIGESTIVO	$ 56,370
8140	976101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE PIELOSTOMÍA	$ 14,723
8141	976102	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE NEFROSTOMÍA	$ 16,090
8142	976201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE URETEROSTOMÍA	$ 14,723
8143	976202	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ABIERTA	$ 13,794
8144	976203	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 14,723
8145	976301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE CISTOSTOMÍA	$ 14,723
8146	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL	$ 14,655
8147	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$ 8,741
8148	977201	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO	$ 9,553
8149	977501	EXTRACCIÓN DE TAPÓN (MECHA) VAGINAL O VULVAR	$ 4,203
8150	978101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE RETROPERITONEAL	$ 246,473
8151	978201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE DRENAJE PERITONEAL	$ 246,473
8152	978301	EXTRACCIÓN DE SUTURAS DE PARED ABDOMINAL	$ 86,269
8153	978801	EXTRACCIÓN NO QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE INMOVILIZACIÓN EXTERNO	$ 86,714
8154	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	$ 44,250
8155	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	$ 44,897
8156	981202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 48,702
8157	981301	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA FARINGE	$ 191,741
8158	981401	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA LARÍNGE	$ 623,428
8159	981501	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA TRÁQUEA Y BRONQUIO	$ 623,428
8160	981601	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL ÚTERO	$ 141,046
8161	981701	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA	$ 313,790
8162	981901	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA	$ 638,196
8163	981905	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO DE URETRA	$ 799,840
8164	982101	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL DE LA CONJUNTIVA	$ 29,001
8165	982102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO SUPERFICIAL EN CÓRNEA O ESCLERÓTICA	$ 29,001
8166	982201	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN CUELLO O CABEZA	$ 28,306

8167	982401	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN PENE O ESCROTO	$ 268,642
8168	982601	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MANO	$ 36,478
8169	982701	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO Y ANTEBRAZO	$ 31,706
8170	982801	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE	$ 31,706
8171	982901	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MIEMBRO INFERIOR SALVO PIE	$ 31,706
8172	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	$ 127,504
8173	991501	INFUSIÓN DE ALIMENTACIÓN PARENTERAL	$ 38,400
8174	992101	INFILTRACIÓN, IRRIGACIÓN O INSTILACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA	$ 67,641
8175	992102	INYECCION O INFUSIÓN DE ANTIBIÓTICO	$ 77,026
8176	992301	INYECCION O INFILTRACIÓN DE ESTEROIDE	$ 653,876
8177	992990	INYECCION O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	$ 87,016
8178	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS [BCG]	$ 1,360
8179	993501	VACUNACIÓN CONTRA POLIOMIELITIS (VOP O IVP)	$ 1,360
8180	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B	$ 1,360
8181	996101	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO ELECTIVA	$ 140,394
8182	996102	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO	$ 167,067
8183	996901	OTRA CONVERSIÓN DE RITMO CARDÍACO O RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR	$ 9,324
8184	998301	FOTOTERAPIA CONTINUA	$ 16,727
8185	998303	FOTOTERAPIA INTERMITENTE	$ 18,364
8186	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 159,245
8187	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 102,072
8188	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$ 376,894
8189	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	$ 376,894
8190	106M02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO PACIENTE QUEMADO	$ 300,038
8191	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 376,463
8192	107M02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO PACIENTE QUEMADO	$ 300,038
8193	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$ 856,909
8194	109A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	$ 857,605
8195	109A02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO PACIENTE QUEMADO	$ 300,037
8196	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 763,169
8197	110A02	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS PACIENTE QUEMADO	$ 298,711
8198	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	$ 91,400
8199	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 156,106
8200	129A02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 133,625
8201	130A01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 156,106
8202	130A02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 115,286
8203	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$ 66,679
8204	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD	$ 55,923
8205	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	$ 244,610
8206	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO	$ 432,925
8207	7DS002	DERECHOS DE SALA DE HEMODIÁLISIS	$ 24,335
8208	90DS04	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD ALTA	$ 351,000
8209		OXIGENO POR LITRO	$ 20

ANEXO N° 8

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES PERSONA JURIDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Barranquilla- Atlántico

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

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

El proponente:

_____
Firma del representante legal del proponente
Nombre o razón social del oferente: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (NIT ☐ C.C ☐ C.E ☐): Diligenciar la 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 N° 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

ANEXO N° 10

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Barranquilla - Atlántico

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

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

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

ANEXO N° 11
FORMULARIO PERSONAL, EXPERIENCIA Y TIEMPOS DE DEDICACIÓN MÍNIMOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

Cargo para desempeñar: Diligenciar el cargo a desempeñar

Nombre del profesional: Diligenciar el nombre completo del profesional

Nombre del proponente: Diligenciar el nombre completo del proponente

CERT. N°	ENTIDAD CONTRATANTE	CONTRATO N°	VALOR EJECUTADO	VALOR EN SMMLV	PERIODO LABORAL			% PARTIC.	TIEMPO	FUNCIONES REALIZADAS
					Inicio	Término	Duración			
1										
2										
3										
4										
5										
TOTAL										

Nota: La Policía Nacional se reserva el derecho de verificar la validez de la información relacionada

_____

Nombre del profesional: Diligenciar el nombre completo del profesional
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del profesional

_____

Nombre Representante Legal: Diligenciar el nombre completo del representante legal
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal

Nota: este formato se debe diligenciar por cada uno de los cargos solicitados en el proceso de contratación, adicional adjuntar las certificaciones de experiencia relacionadas en est

ANEXO N° 12
FORMULARIO EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

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

Referencia: Certificación de contratos para acreditación de experiencia proponente extranjero sin sucursal o domicilio en Colombia, del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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 ☐ 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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) 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. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Barranquilla- Atlántico

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

El (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 Selección Abreviada Menor Cuantía cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

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 o 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 Libertad y Orden	FORMATO Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Código: FP-F-039 Versión: 1 Vigente a partir de: 23 de agosto de 2019

CIUDAD _____ FECHA _____

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

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

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

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

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

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

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

2. INFORMACIÓN BASICA

2.1 DATOS PERSONA NATURAL O JURÍDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código interno Numeral

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

Tipo documento de identificación			
Cédula de Ciudadanía		No.	
Cédula de Extranjería		No.	
NIT Persona Jurídica		No.	
NIT Persona Natural		No.	
Pasaporte		No.	
Registro Civil		No.	
Tarjeta de Identidad		No.	
Otro Tipo Documento:		No.	Cuál:

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION _____

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

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

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

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

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

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

5. UBICACIÓN

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

Dirección _____ Teléfono _____
E-mail _____ Fax _____
País _____ Región _____
Ciudad _____
Localización Nacional Extranjero
Página Web _____ Contacto _____
Designación del contacto _____ E-mail del contacto _____
Apartado Aéreo _____

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

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

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

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

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

Entidad Financiera _____ Número de Cuenta _____

Tipo de la cuenta bancaria: Corriente ☐ Ahorro ☐ Depósito Electrónico ☐

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

_____
NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

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

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

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

FORMULARIO No. 3
CERTIFICADO ORIGEN LÍCITO DE RECURSOS

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

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

1. Los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provienen de actividades ni fuentes ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
2. Que mi empresa sea utilizada para dar apariencia de legalidad a fondos ilegales o para financiar actividades terroristas.
3. Que mi empresa y sus representantes, socios, administradores, accionistas y/o beneficiarios finales no realizan, facilitan, promueven ni han realizado directa o indirectamente actividades ilícitas, tales como:

    - Lavado de activos (LA).
    - Financiación del terrorismo (FT).
    - Financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva (FPADM).
    - Tráfico de estupefacientes o sustancias psicoactivas.
    - Enriquecimiento ilícito.
    - Corrupción, soborno transnacional o cualquier conducta tipificada como delito en la legislación penal colombiana.
    - Actividades provenientes de grupos armados organizados, organizaciones criminales o cualquier fuente marcada como de alto riesgo.

4. Que Monitorearé las operaciones de mi empresa para identificar y detectar posibles actividades del lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes, financiación del terrorismo, y financiación de armas de destrucción masiva o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
5. Que verificare la identidad de los clientes y las transacciones entre ellos para evaluar y mitigar los riesgos asociados
6. Que implementaré políticas y procesos establecidos por entidades como la Superintendencia Financiera de Colombia para gestionar y mitigar estos riesgos.
7. Me comprometo a informar de manera inmediata a la entidad contratante cualquier situación que pueda constituir indicio o sospecha de operaciones inusuales o actividades que puedan considerarse de riesgo en materia de LA/FT/FPADM, así como cualquier cambio relevante en la estructura societaria o en los beneficiarios finales.

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 4

CERTIFICADO SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

Referencia: sostenibilidad de precios del proceso de Selección Abreviada Menor Cuantía Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026**

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 5

CERTIFICACION DE CAPACIDAD OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Barranquilla - Atlántico

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 Atlántico.

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
Barranquilla - Atlántico

Referencia: Compromiso anticorrupción del proceso de Elegir la modalidad de contratación., Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPÍTALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de (representante legal de la sociedad, del consorcio, de la unión temporal, o de la asociación proponente, si se trata de persona jurídica, caso en el cual debe identificarse de manera completa dicha sociedad, consorcio, unión temporal, o asociación, indicando instrumento de constitución y haciendo mención a su registro en la cámara de comercio del domicilio de la persona jurídica), que en adelante se denominará el proponente, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
PRIMERO: que la REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8, adelanta un proceso de selección para la celebración de un contrato estatal.
SEGUNDO: que es interés del proponente apoyar la acción del estado colombiano, y de la DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;
TERCERO: que siendo del interés del proponente participar en el proceso de selección aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por los siguientes compromisos:

COMPROMISOS ASUMIDOS.
El proponente, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:
Nos comprometemos a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.
Nos comprometemos a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la colusión en el presente Proceso de Contratación.
Nos comprometemos a revelar la información que sobre el presente Proceso de Contratación nos soliciten los organismos de control de la República de Colombia.
Nos comprometemos a comunicar a nuestros empleados y asesores el contenido del presente Compromiso Anticorrupción, explicar su importancia y las consecuencias de su incumplimiento por nuestra parte, y la de nuestros empleados o asesores.
Conocemos las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.
El proponente no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,
El proponente se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;
El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA UNIDAD EJECUTORA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.
No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de la UNIDAD EJECUTORA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.
Asimismo, debe tener en cuenta que los acuerdos contrarios a la libre competencia, es decir, aquellos que tengan por objeto la colusión (convenio o contrato hecho en forma fraudulenta o engañosa) en los procesos o los que tengan como efecto la distribución de adjudicaciones de contratos, distribución de concursos o fijación de términos de las propuestas,[1] son sancionables por la Superintendencia de Industria y Comercio.
El proponente se compromete a que los recursos utilizados para las gestiones pre-contractuales o contractuales derivadas del presente proceso no provendrán de actividades ilícitas tales como el lavado de activos, testaferrato, tráfico de estupefacientes o delitos contra el orden constitucional, o que de alguna manera contraríen las leyes de la República, la moral o las buenas costumbres.
El proponente asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en la solicitud de oferta del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.
En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de (ciudad donde se firma el presente documento) a los (día del mes en letras y números, días del mes de del año).
El proponente:

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

NOTA: para el caso de ofertas conjuntas, suscribirán el presente documento todas los que conforman el consorcio o unión temporal a través del integrante, representante legal o apoderado.

[1] Decreto 2153 de 1992, Arts. 44 y 47.

FORMULARIO No. 7

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Barranquilla - Atlántico

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

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

Primero: que la Policía Nacional adelanta un proceso de contratación a través de la modalidad de Elegir la modalidad de contratación, para la celebración de un contrato estatal para. Transcribir el objeto del proceso.

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

Cláusula primera. Compromisos asumidos.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar la **información confidencial** revelada por la **policía nacional** 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 **policía nacional** 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 **Policía Nacional.**

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, involucre 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 al **proponente** cuando 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 **policía nacional**.

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 **Policía Nacional**.

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

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

En cumplimiento de lo anterior, me comprometo a:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 9

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
Barranquilla - 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. 10

CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Barranquilla

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

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

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

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

Para el diligenciamiento del siguiente cuadro, en el caso de proponentes extranjeros, deberán realizar la conversión de la moneda según corresponda al país, a dólares y posteriormente a pesos colombianos.

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

_____

Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E. ☐) Diligenciar el documento de identificación del representante legal
Cargo: Diligenciar cargo
Número de la Tarjeta Profesional: Diligenciar el número de la tarjeta profesional

FORMULARIO No. 11
CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Barranquilla- Atlántico

Referencia: **CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO** de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8..."** El suscrito declaro bajo gravedad de juramento acorde a la actividad comercial desarrollada, o al objeto social de la empresa que represento, que me encuentro facultado para ejercer las actividades comerciales propias a cada actividad, especialidad y grupo descrito en el pliego de condiciones "Clasificación en el Registro Único de Proponentes", así

SEGMENTO	FAMILIAS	CLASES
Segmento	Familia	Clases

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 12

INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Barranquilla - Atlántico

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

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 REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD N°8 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. 13

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. OFRECIMIENTOS DE BIENES Y/O SERVICIOS EXTRANJEROS CON COMPONENTE NACIONAL
Este punto lo deben diligenciar los oferentes cuyos bienes y/o servicios sean ejecutados así

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

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

Nota 1: los oferentes que demuestren el cumplimiento de cualquiera de las situaciones y condiciones exigidas en el Numeral 2 del presente obtendrán la asignación puntaje de acuerdo a lo descrito en el numeral 3 del formulario **FACTORES DE VERIFICACIÓN Y PONDERACIÓN**
Nota 2: la incorporación de componente colombiano puede ofrecer servicios profesionales, técnicos y operativos, para esto último deberá allegar el comprobante de afiliación al Sistema General de Seguridad Social o copia de Contratos de Trabajo o Comprobante de los Pagos de Nómina. En todo caso, el componente nacional debe corresponder al porcentaje mínimo aquí exigido.
Nota 3: para la verificación y asignación del puntaje de que trata el Numeral 2 de este formulario, el mismo se entenderá prestado bajo la gravedad de juramento con su suscripción y presentación junto con la propuesta

El proponente

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

FORMULARIO No. 14

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de Selección Abreviada con subasta Inversa Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: : **PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIO Y AMBULATORIO, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ATLANTICO - REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8.**
El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal . domiciliado en Domicilio de la persona 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.

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. 15

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. 16
CERTIFICADO DE CAPACIDAD TÉCNICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
DILIGENCIAR LA UNIDAD A LA QUE PRESENTA LA OFERTA
Ciudad.

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

Nombre del socio y/o profesional	Profesión	N° de matrícula profesional	Número y año del Contrato laboral o de prestación de servicios profesionales	Vigencia del Contrato
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar
Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar	Diligenciar

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

_____
Firma del Contador público y/o Revisor fiscal
Nombre: Diligenciar el nombre completo del proponente
Identificación (C.C ☐ C.E ☐) 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. 17

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

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

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

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

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

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

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

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

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

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

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

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

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

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

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

La evaluación del indicador se realizará de forma gradual para permitir el despliegue de las herramientas de captura de información y la implementación de planes de mejora en el servicio:
Mes 1: El objetivo principal será alcanzar el tamaño de muestra mínimo representativo (el 10% de los usuarios atendidos); el contratista deberá presentar un informe de barreras detectadas.
Mes 2 a Mes 4: Se exigirá un cumplimiento mínimo del 80% sobre la meta establecida (si la meta es 90% de satisfacción, el umbral de aceptación será 70%), el prestador debe demostrar que ha implementado acciones correctivas sobre las quejas del mes anterior.
Mes 5 en adelante: Cumplimiento del 100% de la meta pactada. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

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

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

Indicador Nro. 2
1. Tiempo: promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada

2. Descripción: Mide el número de días que transcurren, en promedio, desde el momento en que un usuario solicita una cita de medicina especializada de primera vez hasta la fecha efectiva en que la institución le asigna el espacio en la agenda. Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso a la atención especializada y la capacidad de respuesta de la red prestadora, permitiendo identificar barreras administrativas o falta de oferta de especialistas.

3. Unidad de medida: Días calendario

4. Fórmula	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual

6. Progresividad de la medición
La evaluación del indicador de oportunidad en medicina especializada se aplicará de manera gradual, permitiendo la estabilización del modelo de atención y la depuración de la demanda acumulada, bajo el siguiente esquema:
Mes 1: Durante el primer mes de ejecución se medirá el estado inicial de la agenda y se ajustarán los canales de solicitud del prestador.

Mes 2 a Mes 4: El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta establecida** (Si la meta son 15 días, se aceptará un margen de tolerancia hasta de 25 días mientras se ajustan las agendas). **Mes 5 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad/oportunidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Resolución 5171 de 2017, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

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

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Accesibilidad sin barreras
2. Descripción: Mide el porcentaje de solicitudes de servicios de salud que son atendidas sin la presencia de barreras administrativas, tales como trámites innecesarios, demoras injustificadas, negaciones no pertinentes o fallas en los procesos de autorización. Este indicador permite evaluar la eficiencia en la gestión administrativa y el acceso efectivo de los usuarios a los servicios, especialmente en procesos de asignación y prestación de atenciones en salud.
3. Unidad de medida: Porcentaje
4. Fórmula: Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.
5. Periodicidad de medición: Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador se implementará de manera gradual, considerando el ajuste de los procesos administrativos y la adopción de mejoras en la gestión de la demanda: **Mes 1:** Levantamiento de línea base, identificación de barreras administrativas frecuentes y ajuste de procesos internos. **Mes 2 a Mes 4:** Cumplimiento mínimo del **85% de la meta establecida**, permitiendo ajustes en la operación. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento del **100% de la meta (≥ 95%)**, con carácter obligatorio y vinculante para evaluación contractual.
7. Tipología: Calidad-acceso

8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional que realizan solicitudes de servicios de salud.	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 256 de 2016, Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 90%-94% 80% – 89% [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

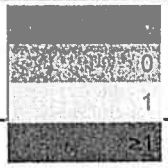
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Seguridad del paciente	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización **Denominador**: Total de egresos de hospitalización.	[redacted] 0 1 [redacted]

Indicador Nro. 3 1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	
2. Descripción: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador**: Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. **Denominador**: Total de egresos de hospitalización.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6.Progresividad de la medición **Mes 1 a 2:** Durante este periodo, la prioridad es la estandarización del reporte. No se evaluará el cumplimiento de una meta mínima, sino la oportunidad y calidad de los informes de seguridad. El contratista deberá demostrar que cuenta con el comité de seguridad activo y la metodología de análisis de causas implementada. **Mes 3 a 4:** Se establece una meta máxima de tolerancia basada en el histórico de la institución o el promedio nacional. El enfoque de la supervisión estará en la ejecución de los planes de mejora derivados de los eventos reportados en la fase anterior. **Mes 5 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019), Decreto 780 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 0 1 [redacted]

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

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

Indicador Nro. 4 1. Nombre: Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	
2. Descripción: Expresa el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador** Número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias **Denominador**: Total de personas atendidas en urgencias
5. Periodicidad de medición	Mensual
6.Progresividad de la medición Dada la naturaleza crítica del servicio de Urgencias y la vulnerabilidad de la población del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, la progresividad se orienta a la detección temprana y prevención de riesgos: **Mes 1:** El prestador deberá socializar con la supervisión sus protocolos de "Correctos en la administración de medicamentos" y el sistema de reporte en línea. Durante este mes, el enfoque será pedagógico; se evaluará la capacidad de reporte y no la tasa de incidencia. **Mes 2 a 3:** Se permitirá un margen de tolerancia basado en el perfil epidemiológico de las urgencias atendidas. El contratista deberá entregar análisis de "Casi fallas" (incidentes que no llegaron a causar daño) como medida preventiva. El cumplimiento de la meta debe alcanzar al menos el 90% de efectividad respecto al estándar. **Mes 4 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3100 de 2019), Decreto 780 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	
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.	

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	Resolución3100 de 2019), y demás disposiciones vigentes. Política de Seguridad de Paciente. Práctica Segura: prácticas seguras en prevención y reducción de la frecuencia de caídas en Pacientes.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Seguridad	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	Numerador: Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo. Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el periodo	

Indicador Nro. 6 1. Nombre: Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	
2. Descripción: Es un estimador de las caídas de pacientes en urgencias en un mes de seguimiento	
3. Unidad de medida: Por 1000 personas atendidas en urgencias	
4. Fórmula	Numerador: Número total de pacientes atendidos en urgencias que sufren caídas en el periodo. Denominador: Total de personas atendidas en urgencias en el periodo
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación de este indicador se ejecutará de manera escalonada, reconociendo la dinámica de alta rotación propia del servicio de urgencias: **Mes 1:** Durante el primer mes, el contratista deberá certificar la señalización de áreas de riesgo y el funcionamiento de barandas en camillas de urgencias, el reporte se centrará en la identificación de puntos críticos de caída en el servicio. **Mes 2 a 3:** El prestador deberá demostrar que aplica una escala de riesgo de caída desde el momento del Triage o ingreso a observación. Se establecerá una meta volante (un margen de tolerancia un 20% más flexible que la meta final) para estabilizar el proceso de cuidado. **Mes 4 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, el prestador deberá presentar el análisis de fallas en la supervisión y cuidado de pacientes en áreas comunes o de observación.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución3100 de 2019), y demás disposiciones vigentes. Política de Seguridad de Paciente. Práctica Segura: prácticas seguras en prevención y reducción de la frecuencia de caídas en Pacientes.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

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

Indicador Nro. 7 1. Nombre: Proporción de cancelación de cirugía
2. Descripción: Expresa la proporción de cirugías programadas en quirófano que son canceladas por causas atribuibles a la institución.
3. Unidad de medida: Porcentaje

4. Fórmula	Numerador: Número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución Denominador: Número total de cirugías programadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición **Mes 1:** Se utilizará para identificar las causas raíz de cancelación (ej. falta de insumos, fallas en esterilización o falta de especialista), el prestador debe presentar un **Plan de Choque** si la tasa supera el 10% inicial. **Mes 2 a 4:** El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta final**. Durante esta fase, el prestador debe garantizar que la confirmación de la cirugía y la disponibilidad de materiales se realice con al menos 48 horas de antelación. **Mes 5 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441, las cancelaciones por causas atribuibles a la institución (como falta de insumos o personal) se considerarán una falla en la gestión del riesgo.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001 y otras disposiciones vigentes Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	[redacted] 7% >8% [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

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

Indicador Nro. 8 1. Nombre: Tasa de mortalidad perinatal	
2. Descripción: Expresa la relación entre de defunciones de fetos de 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento, por cada 1.000 nacimientos	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador:** Número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento.

	Denominador: Número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición Dada la gravedad que representa una muerte perinatal, la progresividad no se orienta a "permitir muertes", sino a la **excelencia en la vigilancia y auditoría**: **Mes 1:** El enfoque principal será la **vigilancia epidemiológica**. El prestador debe garantizar el reporte al SIVIGILA y realizar el 100% de las auditorías bajo la metodología de "Muerte Evitable". Durante este periodo, se evaluará la adherencia a las **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)** materno-perinatal. **Mes 2 a 4:** Se exigirá que el prestador demuestre la ejecución de planes de mejora derivados de las auditorías realizadas (ajustes en el control prenatal, urgencias obstétricas o cuidado neonatal). **Mes 5 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, cualquier caso de muerte perinatal catalogado como **"Evitable"** activará automáticamente un proceso de incumplimiento de los estándares de calidad del Decreto 441 y la revisión inmediata del contrato.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011-Ley 715 de 2001, resolución 256 de 2016. Res 3280 de 2019 y otras disposiciones vigentes
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

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

Indicador Nro. 9 1. Nombre: Proporción de partos por cesárea
2. Descripción Expresa la proporción de nacimientos por cesárea en la Institución Prestadora de Servicios de Salud en un periodo determinado
3. Unidad de medida: Porcentaje
4. Fórmula — **Numerador:** Número de nacidos vivos por cesárea **Denominador:** RUAF-ND- Nacimientos- Dispuesto en SISPRO Ministerio de Salud y Protección Social
5. Periodicidad de medición — Mensual
6. Progresividad de la medición

Mes 1: El prestador deberá implementar la **Clasificación de Robson** (estándar internacional) para categorizar las cesáreas. El objetivo es identificar si la tasa alta se debe a la complejidad de las pacientes (remitidas) o a decisiones institucionales.
Mes 2 a 4: El contratista deberá demostrar la aplicación de protocolos de inducción del trabajo de parto y vigilancia fetal. Se establece una meta intermedia de reducción (ej. reducción del 5% respecto a la línea base) para ajustar la práctica clínica de los ginecobstetras.
Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, el incumplimiento injustificado de la meta de pertinencia podrá ser objeto de auditorías de cuentas médicas y ajustes en el pago por calidad.

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

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

Indicador Nro. 10
1. Nombre: Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo
2. Descripción Expresa la proporción de tamizaje en recién nacidos
3. Unidad de medida: porcentaje

4. Fórmula	**Numerador:** Número de nacidos vivos a quienes se realiza tamizaje de hipotiroidismo **Denominador:** Número total de nacidos vivos * 100
5. Periodicidad de medición	Mensual

6. Progresividad de la medición
Mes 1: El prestador deberá garantizar que el 100% de los nacidos vivos cuenten con la orden y la toma de la muestra antes del alta hospitalaria.
Mes 2 en adelante: El cumplimiento de la meta será del 100% de carácter obligatorio. Al ser una actividad de protección específica y detección temprana, el Decreto 441 no permite márgenes de error prolongados.
Seguimiento de Calidad: A partir del segundo mes, además de la toma (numerador), el prestador deberá demostrar que los resultados positivos fueron notificados a la familia y a la Dirección de Sanidad en menos

de 72 horas para inicio de tratamiento. El incumplimiento en un solo caso será sujeto de plan de mejora inmediato.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1980 de 2019: Es la norma de mayor jerarquía. Regula el Tamizaje Neonatal en Colombia, declarándolo como un derecho de todo recién nacido para la detección temprana de errores innatos del metabolismo, incluyendo el hipotiroidismo congénito. Resolución 3280 de 2018 (RIAS): En la Ruta Integral de Atención Materno-Perinatal, establece como obligatoria la toma de sangre del cordón umbilical (TSH neonatal) a todo recién nacido antes del egreso hospitalario para el tamizaje de hipotiroidismo congénito **Resolución 256 de 2016:** Establece el reporte de este indicador dentro del **Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)**, lo que obliga a los prestadores a monitorear la cobertura del tamizaje.
10. Meta, umbral o rango esperado	mayor o igual 95% 80% - 94.9% <80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

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

Indicador Nro. 11 1. Nombre: Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto.	
2. Descripción Expresa la proporción de tamizaje	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador:** Número de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto **Denominador:** Número total de gestantes de los últimos 6 meses que a la fecha de corte están en embarazo reportadas * 100

5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición **Mes 1:** El prestador debe garantizar la disponibilidad permanente de pruebas rápidas en las salas de partos y urgencias obstétricas. **Mes 2 en adelante:** El cumplimiento exigido es del **100%**. Bajo los lineamientos del Ministerio de Salud y el Decreto 441, no realizar la serología al ingreso para parto o aborto se considera una falla grave en la prestación del servicio, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual **Gestión del Riesgo:** El prestador deberá demostrar que todo resultado **Reactivo** activó inmediatamente el protocolo de tratamiento para la madre y el neonato, antes de su egreso hospitalario.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud): Es el referente principal. En la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) Materno-Perinatal. Indicadores de Monitoreo de la Calidad (Resolución 256 de 2016).
10. Meta, umbral o rango esperado	mayor o igual 95% 80% - 94.9% < 80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL
(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Oportunidad en el trámite y pago de facturación.	**Numerador:** Total de facturas válidas y debidamente auditadas, pagadas al contratista dentro de los plazos establecidos por la ley y el contrato en el período evaluado. **Denominador:** Total de facturas válidas radicadas y aceptadas por la supervisión en el período evaluado.	≥90% 89% - 80% 79% -70%

Indicador Nro 1 1. Nombre: Oportunidad de pago en el trámite y pago de facturación (LEY 1122 DE 2007 y Decreto 441 de 2022)	
2. Descripción Este indicador busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones definidas en cuanto a los procesos de facturación y pagos, definidos en la ley 1122 de 2007 entre las partes.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	**Numerador:** Total de facturas válidas y debidamente auditadas, pagadas al contratista dentro de los plazos establecidos por la ley y el contrato en el período evaluado. **Denominador:** Total de facturas válidas radicadas y aceptadas por la supervisión en el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Trimestral
6. Progresividad de la medición **Mes 1-2:** Se utilizará para estandarizar los requisitos de la factura (soportes, RIPS). Durante este periodo se identificarán los cuellos de botella en la radicación.	

Mes 2-3: Se exigirá un cumplimiento mínimo del **80% de las facturas válidas** pagadas dentro del término legal, el prestador y la entidad deben demostrar la reducción de glosas injustificadas. **Mes 4 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441 de 2022	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007 (Artículo 13, literal d, sobre flujo de recursos), Decreto 441 de 2022 (Acuerdos de Voluntades en Salud), Resolución 2335 de 2023 y Resolución 2284 de 2023 (Soportes de cobro y RIPS).
10. Meta, umbral o rango esperado	≥90% 89% -80% 79% -70% [redacted]
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

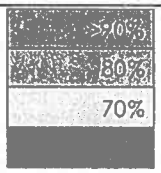
TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	≥90% 80% 70% [redacted]

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

	gestión del riesgo financiero. Decreto 4747 de 2007: Regula la relación entre prestadores y pagadores, específicamente en lo relacionado con soportes de facturación y radicación.
10. Meta, umbral o rango esperado	≥90% 80% 70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	≥90% 80% 70%

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

9. Referente técnico del indicador	Ley 1122 de 2007, Decreto 441 de 2022, Resolución 2335 de 2023 y Resolución 2284 de 2023 (RIPS y soportes de cobro vigentes).
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	7 %

Parágrafo 1: En caso de presentarse eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación de los servicios o tecnologías en salud, así como el cumplimiento de los indicadores pactados, el contratista deberá notificar por escrito al supervisor del contrato y a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el fin de adelantar los ajustes y modificaciones contractuales que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022.
El canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envío de la información necesaria para la revisión de los indicadores es: deata.upres@policia.gov.co.
Parágrafo 2: En caso de que se presenten eventos NO imprevisibles que afecten el cumplimiento de las metas, umbrales o rangos esperados, el supervisor, como primer mecanismo de acción, realizará una reunión con el contratista con el fin de establecer un plan de mejora. Si, durante el siguiente periodo de medición o revisión del indicador, persiste el incumplimiento de las metas, umbrales o rangos pactados, el supervisor remitirá a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8 la información correspondiente (informes, actas de acciones de mejora, entre otros) para el trámite administrativo y contractual a que haya lugar.
El seguimiento de los anteriores indicadores durante la ejecución del contrato o acuerdo de voluntad, deberá contener como mínimo:
1. Caracterización de la población.
2. Resultado del indicador y porcentaje o nivel de cumplimiento.
3. Descripción de avances.
4. Fecha de corte.

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

FORMULARIO No. 18

FORMATO VISITA TÉCNICA

La Unidad Prestadora de Salud Atlántico 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.

ITEM		CRITERIO TECNICO	EVIDENCIA/OBSERVACIÓN	CUMPLE	
				SI	NO
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS:					
1	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL			
2	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO			
3	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS			
4	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL			
5	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO			
6	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS			
7	120	CUIDADO BASICO NEONATAL			
8	129	HOSPITALIZACION ADULTOS			
9	130	HOSPITALIZACION PEDIATRICA			
10	201	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			
11	202	CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
12	203	CIRUGIA GENERAL			
13	204	CIRUGIA GINECOLOGICA			
14	205	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
15	207	CIRUGIA ORTOPEDICA			
16	209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA			
17	210	CIRUGIA ONCOLOGICA			
18	211	CIRUGIA ORAL			
19	212	CIRUGIA PEDIATRICA			
20	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
21	214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA			
22	215	CIRUGIA UROLOGICA			
23	218	CIRUGIA ENDOVASCULAR NEUROLOGICA			
24	227	CIRUGIA ONCOLOGICA PEDIATRICA			
25	231	CIRUGIA DE LA MANO			
26	232	CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS			
27	233	CIRUGIA DERMATOLOGICA			
28	234	CIRUGIA DE TORAX			
29	235	CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
30	245	NEUROCIRUGIA			
31	301	ANESTESIA			
32	302	CARDIOLOGIA			
33	303	CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
34	304	CIRUGIA GENERAL			
35	306	CIRUGIA PEDIATRICA			
36	308	DERMATOLOGIA			
37	309	DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS			
38	310	ENDOCRINOLOGIA			
39	316	GASTROENTEROLOGIA			
40	317	GENETICA			
41	320	GINECOBSTETRICIA			
42	321	HEMATOLOGIA			
43	323	INFECTOLOGIA			
44	326	MEDICINA FISICA Y DEL DEPORTE			
45	327	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
46	329	MEDICINA INTERNA			
47	330	NEFROLOGIA			
48	331	NEUMOLOGIA			
49	332	NEUROLOGIA			
50	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGIA			
51	340	OTORRINOLARINGOLOGIA			
52	342	PEDIATRIA			

53	348	REUMATOLOGIA			
54	354	TOXICOLOGIA			
55	355	UROLOGIA			
56	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			
57	361	CARDIOLOGIA PEDIATRICA			
58	362	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO			
59	364	CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS			
60	366	CIRUGIA DE TORAX			
61	367	CIRUGIA GASTROINTESTINAL			
62	368	CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCOPICA			
63	369	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
64	372	CIRUGIA VASCULAR			
65	377	COLOPROCTOLOGIA			
66	383	MEDICINA NUCLEAR			
67	384	NEFROLOGIA PEDIATRICA			
68	385	NEONATOLOGIA			
69	386	NEUMOLOGIA PEDIATRICA			
70	387	NEUROCIRUGIA			
71	388	NEUROPEDIATRICA			
72	391	ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA PEDIATRICA			
73	409	ORTOPEDIA PEDIATRICA			
74	420	VACUNACION			
75	706	LABORATORIO CLINICO			
76	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLINICO			
77	714	SERVICIO FARMACEUTICO			
78	715	MEDICINA NUCLEAR			
79	728	TERAPIA OCUPACIONAL			
80	729	TERAPIA RESPIRATORIA			
81	733	HEMODIALISIS			
82	739	FISIOTERAPIA			
83	740	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE			
84	742	DIAGNOSTICO VASCULAR			
85	743	HEMODINAMIA E INTERVENCIONISMO			
86	744	IMAGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES			
87	745	IMAGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES			
88	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL			
89	747	PATOLOGIA			
90	1101	ATENCION DEL PARTO			
91	1102	URGENCIAS			
92	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			
		IMÁGENES DIAGNÓSTICAS			
93		Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo			
94		Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información			
95		Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.			
96		Señalización visible de advertencia 'Radiación Ionizante'.			
97		Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.			
		VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO			
98		LABORATORIO CLÍNICO			
99		CONSULTA EXTERNA			
100		SERVICIO DE URGENCIA			
101		SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN			
102		SERVICIO DE CIRUGIA			
103		SERVICIO DE UCI			
104		SERVICIO FARMACEUTICO			

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

Expedida el día: _____

Atentamente,

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

_____
Firma y nombre completo del funcionario que atiente la visita

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