213	824301	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE DEDOS (CADA UNO)	$ 1.868.041
214	824321	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 2.072.093
215	827901	INJERTO DE TENDÓN EXTENSOR DE MANO O DEDOS (UNO O MÁS)	$ 1.736.688
216	828404	CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE DEDO EN GATILLO [DEDO DE RESORTE]	$ 1.136.169
217	829111	TENOLISIS EN EXTENSORES DE DEDO (UNO O MÁS)	$ 1.579.261
218	829115	TENOLISIS EN FLEXORES DE DEDOS (UNO O MÁS)	$ 2.235.869
219	829121	TENOLISIS EN EXTENSORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 1.585.642
220	829125	TENOLISIS EN FLEXORES DE MANO (UNO O MÁS)	$ 2.742.791
221	829401	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA DE MANO	$ 29.900
222	831471	FASCIOTOMÍA EN PIERNA POR UNA O MÁS INCISIONES	$ 1.129.765
223	831481	FASCIOTOMÍA EN PIE, UNA O MÁS INCISIONES	$ 1.134.993
224	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA	$ 567.561
225	833001	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL	$ 1.141.129
226	**833101**	ESCISIÓN DE GANGLIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN, EXCEPTO DE MANO	$ 1.174.498
227	835101	BURSECTOMÍA ABIERTA	$ 1.257.547
228	836202	TENORRAFIA DE EXTENSORES DE ANTEBRAZO (UNO O MÁS)	$ 1.114.800
229	836301	REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ABIERTA	$ 2.428.949
230	838830	TENODESIS	$ 1.495.131
231	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDÓN [TENOLISIS]	$ 895.805
232	839701	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN	$ 29.900
233	839907	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)	$ 1.111.888
234	849003	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS Y PARTES ÓSEAS	$ 2.852.584
235	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	$ 566.361
236	852101	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA	$ 838.128
237	852201	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA	$ 1.114.800
238	852401	ESCISIÓN DE PEZÓN ACCESORIO O SUPERNUMERARIO	$ 835.749
239	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN UNILATERAL	$ 2.981.632
240	854002	EXTIRPACIÓN DE TEJIDO MAMARIO [MASTECTOMÍA] SUBCUTÁNEA	$ 1.226.400
241	854101	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL	$ 2.319.433
242	854102	MASTECTOMÍA SIMPLE UNILATERAL POR GLÁNDULA SUPERNUMERARIA	$ 2.793.651
243	854401	MASTECTOMÍA SIMPLE AMPLIADA BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 2.757.387
244	854501	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFÁTICO REGIONALES	$ 2.586.895
245	861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN	$ 617.457
246	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN	$ 534.843
247	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN	$ 64.775
248	861402	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES	$ 230.786
249	861403	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MÁS DE DIEZ LESIONES	$ 240.900
250	861411	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULÍNICA)	$ 605.578
251	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS	$ 88.000
252	862002	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN PLIEGUES DE FLEXIÓN (AXILA, ANTECUBITAL, HUECOS POPLÍTEOS, INGUINAL)	$ 1.224.394
253	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES	$ 891.877
254	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL	$ 1.623.317

255	862103	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISIÓN ABIERTA)	$ 1.583.102
256	862701	ONICECTOMÍA	$ 480.975
257	862702	MATRICECTOMÍA PARCIAL	$ 467.554
258	863101	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES	$ 105.007
259	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES	$ 134.379
260	863103	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES	$ 80.700
261	863104	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES	$ 184.212
262	863105	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES	$ 242.500
263	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL	$ 811.658
264	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL	$ 1.780.697
265	865201	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA	$ 936.210
266	865207	SUTURA DE HERIDA PARCIAL DE CUERO CABELLUDO (ESCALPE)	$ 2.249.172
267	867201	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.809.939
268	867202	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.700.416
269	867203	COLGAJO LOCAL DE PIEL COMPUESTO DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.700.416
270	868104	RESECCIÓN DE CICATRIZ HIPERTRÓFICA O QUELOIDE, EN ÁREA ESPECIAL	$ 734.380
271	868401	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE UNA A DOS	$ 1.083.744
272	868501	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE UNO A DOS	$ 1.340.304
273	868502	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), ENTRE TRES A CINCO	$ 2.027.569
274	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 78.363
275	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO	$ 64.392
276	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA	$ 70.624
277	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS	$ 84.987
278	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS	$ 83.649
279	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 85.413
280	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)	$ 67.021
281	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS	$ 67.695
282	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR	$ 65.122
283	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMATICO	$ 70.261
284	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES	$ 70.359
285	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	$ 69.477
286	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR	$ 70.359
287	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR	$ 69.746
288	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR [ATM]	$ 66.799
289	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO	$ 90.649
290	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO	$ 87.272
291	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL	$ 87.510
292	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CERVICO DORSAL	$ 88.450
293	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA	$ 85.130
294	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR	$ 92.749
295	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA	$ 104.761
296	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO CÓCCIX	$ 78.883

297	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	$ 138.928
298	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS	$ 56.876
299	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL	$ 78.474
300	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN	$ 65.707
301	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	$ 77.535
302	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE	$ 90.144
303	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	$ 111.745
304	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	$ 158.579
305	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	$ 194.221
306	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)	$ 198.349
307	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA [CARPOGRAMA]	$ 54.321
308	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO	$ 69.489
309	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVICULA	$ 54.415
310	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO	$ 69.909
311	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO	$ 54.079
312	873123	RADIOGRAFIAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES SUPERIORES	$ 32.130
313	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	$ 42.331
314	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO	$ 70.469
315	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO	$ 54.230
316	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA	$ 54.469
317	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO	$ 54.048
318	873312	RADIOGRAFÍA DE FÉMUR (AP, LATERAL)	$ 69.292
319	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)	$ 65.550
320	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	$ 53.924
321	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)	$ 54.321
322	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	$ 44.800
323	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)	$ 57.378
324	873412	RADIOGRAFÍA DE CADERA COMPARATIVA	$ 36.253
325	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)	$ 66.745
326	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	$ 46.137
327	873423	RADIOGRAFÍA TANGENCIAL O AXIAL DE RÓTULA	$ 77.192
328	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)	$ 54.172
329	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA	$ 195.588
330	881112	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MÁS	$ 129.405
331	881118	ECOGRAFÍA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 132.483
332	881131	ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 121.044
333	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 121.044
334	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 128.163
335	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	$ 511.768
336	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	$ 817.837
337	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA	$ 1.276.225
338	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)	$ 108.845
339	881301	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	$ 118.414
340	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	$ 229.109
341	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 187.649
342	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA	$ 118.406
343	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)	$ 166.168
344	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)	$ 142.615

345	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 126.120
346	881362	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE ABDOMEN CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 161.572
347	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA	$ 190.538
348	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL	$ 97.802
349	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL	$ 60.281
350	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL	$ 80.707
351	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL	$ 94.212
352	881434	PERFIL BIOFÍSICO	$ 116.530
353	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL	$ 157.659
354	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	$ 121.000
355	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO	$ 207.206
356	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL	$ 350.000
357	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL	$ 121.000
358	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL	$ 142.800
359	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL	$ 114.012
360	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 119.980
361	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER	$ 154.705
362	881521	ECOGRAFÍA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 119.911
363	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 122.593
364	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	$ 127.539
365	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO	$ 127.921
366	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO	$ 121.850
367	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)	$ 122.969
368	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	$ 120.945
369	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA	$ 127.921
370	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	$ 120.945
371	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	$ 120.945
372	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA	$ 129.039
373	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO	$ 117.308
374	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 147.368
375	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	$ 351.001
376	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	$ 389.440
377	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL	$ 381.432
378	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	$ 389.440
379	882232	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS MESENTÉRICAS	$ 368.998
380	882242	ECOGRAFÍA DOPPLER DE TRONCO CELÍACO	$ 368.998
381	882252	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VENA CAVA	$ 391.247
382	882262	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS ILÍACAS	$ 389.440
383	882272	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	$ 177.673
384	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES	$ 188.669
385	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL	$ 289.995
386	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA	$ 180.828
387	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 245.347
388	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	$ 253.321
389	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	$ 243.483
390	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	$ 228.670
391	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES	$ 216.290
392	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR	$ 222.824

393	883109	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OÍDOS	$ 658.863
394	883111	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CUELLO	$ 658.863
395	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	$ 1.902.006
396	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 57.821
397	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 63.263
398	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 59.438
399	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 69.777
400	890239	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 59.438
401	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 59.438
402	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 59.438
403	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 75.875
404	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 80.000
405	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 59.438
406	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 59.438
407	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 59.438
408	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 52.769
409	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 63.721
410	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 59.438
411	890336	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 69.338
412	890339	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 59.438
413	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 59.438
414	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA	$ 1.881.700
415	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 59.438
416	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 77.035
417	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 80.000
418	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 59.438
419	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 59.438
420	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 59.438
421	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	$ 30.711
422	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA	$ 29.936
423	860203	PRUEBA INTRAEPIDÉRMICA DE ALERGIA CON ESCARIFICACIÓN O PUNTURA (AEROALERGENOS ALIMENTOS VENENOS DE INSECTOS O MEDICAMENTOS)	$ 431.020
424	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGÍA	$ 28.095
425	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	$ 6.834.800
426	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE	$ 402.534
427	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)	$ 484.946

428	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	$ 66.114
429	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	$ 81.089
430	890429	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 88.000
431	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 65.247
432	868604	RECONSTRUCCIÓN DE MATRIZ UNGUEAL CON INJERTO COMPUESTO	$ 1.229.213
433	890439	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	$ 69.868
434	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 69.643
435	890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	$ 69.947
436	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES	$ 73.631
437	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 65.247
438	872104	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA O COLON POR INGESTA	$ 165.882
439	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 88.000
440	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	$ 65.247
441	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA	$ 88.000
442	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	$ 69.947
443	890476	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	$ 88.000
444	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 65.247
445	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 70.803
446	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 66.089
447	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	$ 72.107
448	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 88.200
449	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	$ 67.923
450	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE	$ 199.439
451	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL	$ 299.188
452	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	$ 49.700
453	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES	$ 31.343
454	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR	$ 251.092
455	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)	$ 535.669
456	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	$ 458.623
457	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE	$ 43.386
458	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO	$ 24.112
459	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO	$ 103.753
460	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL	$ 221.938
461	901002	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	$ 31.539
462	901101	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL-RESISTENTE [ZIEHL-NEELSEN]	$ 19.202
463	901102	COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE MODIFICADA Y LECTURA	$ 25.148
464	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 48.022
465	901106	COLORACIÓN GIEMSA Y LECTURA	$ 47.406
466	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	$ 15.695
467	901108	COLORACIÓN ROMANOWSKY Y LECTURA	$ 49.878
468	901109	COLORACIÓN TINTA CHINA Y LECTURA	$ 28.700
469	901202	Bordetella pertussis CULTIVO	$ 148.400
470	901206	COPROCULTIVO	$ 77.430
471	901207	Corynebacterium difteriae CULTIVO	$ 63.569
472	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO	$ 39.555
473	901209	CULTIVO DE LÍQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)	$ 67.500
474	901210	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	$ 57.993
475	901211	CULTIVO PARA HONGOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 71.722

476	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	$ 44.438
477	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	$ 42.460
478	901215	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 73.917
479	901216	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS EN MÉDULA ÓSEA	$ 63.081
480	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES	$ 65.621
481	901218	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS ANAEROBIOS DE CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULAÓSEA	$ 79.110
482	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 82.052
483	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	$ 92.297
484	901225	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	$ 74.147
485	901227	HEMOCULTIVO CON RESINA CADA MUESTRA	$ 78.123
486	901229	MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS CULTIVO	$ 93.200
487	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO	$ 80.840
488	901232	Neisseria gonorrhoeae CULTIVO	$ 79.967
489	901233	Neisseria meningitidis CULTIVO	$ 47.800
490	901236	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA AUTOMATIZADO)	$ 44.514
491	901303	Escherichia coli ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACIÓN	$ 37.531
492	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA	$ 27.736
493	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)	$ 16.001
494	901313	Mycobacterium IDENTIFICACIÓN	$ 130.429
495	901319	Shiguella SEROTIPIFICACIÓN	$ 47.081
496	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO	$ 25.700
497	902002	AGREGACIÓN PLAQUETARIA CON RISTOCETINA 2 DILUCIONES [RIPA]	$ 176.400
498	902006	ANTÍGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACIÓN) AUTOMATIZADA	$ 78.645
499	902007	ANTITROMBINA III FUNCIONAL AUTOMATIZADA	$ 83.987
500	902014	FACTOR IX DE LA COAGULACIÓN [CHRISTMAS O PTC]	$ 71.192
501	902016	FACTOR V DE LA COAGULACIÓN [LÁBIL O PROACELERINA]	$ 86.800
502	902017	FACTOR VII DE LA COAGULACIÓN [ESTABLE O PROCONVERTINA]	$ 116.200
503	902018	FACTOR VIII DE LA COAGULACIÓN	$ 64.745
504	902019	ANTÍGENO DEL FACTOR VON WILLEBRAND	$ 43.600
505	902024	FIBRINÓGENO	$ 23.316
506	902029	PLASMINÓGENO	$ 154.000
507	902033	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 98.000
508	902034	PROTEÍNA C DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO	$ 144.416
509	902035	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ACTIVIDAD	$ 99.400
510	902036	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO TOTAL	$ 175.000
511	902037	PROTEÍNA S DE LA COAGULACIÓN ANTÍGENO LIBRE	$ 123.200
512	902039	RESISTENCIA A LA PROTEÍNA C ACTIVADA (ASOCIADA A FACTOR V)	$ 123.844
513	902041	RETRACCIÓN DE COÁGULO	$ 17.713
514	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	$ 38.360
515	902048	TIEMPO DE TROMBINA	$ 43.400
516	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	$ 27.828
517	902057	INHIBIDOR DE FACTOR V	$ 43.600
518	902059	INHIBIDOR DE FACTOR VIII	$ 43.600
519	902072	ACTIVIDAD DEL FACTOR VON WILLEBAND	$ 43.600
520	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO	$ 71.224
521	902106	ERITROPOYETINA	$ 100.072
522	902107	FRAGILIDAD OSMÓTICA DE ERITROCITOS	$ 72.510
523	902109	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENASA CUANTITATIVA	$ 63.144
524	902113	HEMOGLOBINA PLASMÁTICA	$ 53.273
525	902118	METAHEMOGLOBINA CUANTITATIVA	$ 23.000
526	902121	PRUEBA DE CICLAJE [CÉLULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	$ 12.822
527	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] MANUAL	$ 6.160
528	902205	ERITROSEDIMENTACIÓN [VELOCIDAD SEDIMENTACIÓN GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	$ 6.240

529	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA	$ 10.807
530	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	$ 29.837
531	902211	HEMATOCRITO	$ 5.054
532	902213	HEMOGLOBINA	$ 11.335
533	902214	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA	$ 18.953
534	902216	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	$ 9.600
535	902219	EOSINÓFILOS EN MOCO NASAL	$ 19.507
536	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	$ 9.454
537	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	$ 14.889
538	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	$ 16.995
539	903001	ALFA 2 MACROGLOBULINA	$ 109.200
540	903002	ALFA FETOPROTEÍNA [AFP] EN LÍQUIDO AMNIÓTICO	$ 77.499
541	903003	BICARBONATO	$ 72.740
542	903007	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN ORINA DE 24 H	$ 60.800
543	903008	CATECOLAMINAS FRACCIONADAS O DIFERENCIADAS (ADRENALINA [EPINEFRINA] Y NORADRENALINA [NOREPINEFRINA]) EN PLASMA	$ 60.800
544	903016	FERRITINA	$ 51.945
545	903017	FOSFATASA ALCALINA ISOENZIMA	$ 37.531
546	903021	HAPTOGLOBINA AUTOMATIZADA	$ 45.141
547	903022	HOMOCISTEÍNA	$ 60.800
548	903024	LACTÓGENO PLACENTARIO	$ 224.000
549	903025	METANEFRINAS TOTALES EN ORINA DE 24 HORAS	$ 105.840
550	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	$ 59.251
551	903027	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 51.829
552	903031	MIOGLOBINA EN ORINA O EN SUERO	$ 86.800
553	903038	PORFIRINAS CUANTITATIVAS EN ORINA 24 HORAS	$ 226.800
554	903039	PORFIRINAS TOTALES EN SANGRE	$ 588.000
555	903041	PORFOBILINÓGENO CUANTITATIVO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 78.200
556	903042	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	$ 127.815
557	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA	$ 54.080
558	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	$ 99.241
559	903048	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A]	$ 109.200
560	903049	PROTEÍNA PLASMÁTICA ASOCIADA AL EMBARAZO [PAPPA-A] Y BETAGONADOTROPINA CORIÓNICA LIBRE [BHCG LIBRE] DOBLE MARCADOR	$ 21.700
561	903052	CITRATOS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 74.427
562	903058	METANEFRINAS EN ORINA PARCIAL	$ 48.343
563	903059	METANEFRINAS FRACCIONADAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 184.800
564	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [PRO-BNP] (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)	$ 100.100
565	903066	PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO [BNP] [PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO]	$ 97.500
566	903101	ÁCIDOS BILIARES TOTALES	$ 61.616
567	903104	ÁCIDO DELTA AMINOLEVULÍNICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 106.489
568	903105	ÁCIDO FÓLICO [FOLATOS] EN SUERO	$ 71.692
569	903111	ÁCIDO LÁCTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	$ 54.135
570	903112	ÁCIDO PIRÚVICO [PIRUVATO]	$ 146.100
571	903113	ÁCIDO VANILMANDÉLICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	$ 100.079
572	903114	ÁCIDOS BILIARES FRACCIONADOS	$ 77.500
573	903401	ADENOSIN DEAMINASA [ADA]	$ 29.865
574	903402	ALDOLASA	$ 41.459
575	903406	ALFA 1 ANTITRIPSINA AUTOMATIZADA	$ 51.017
576	903417	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	$ 60.183
577	903420	COLINESTERASA SERICA	$ 35.368
578	903422	COPROPORFIRINAS EN ORINA DE 24 HORAS AUTOMATIZADA	$ 120.400

579	903426	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	$ 83.605
580	903428	HEMOSIDERINA EN ORINA	$ 59.993
581	903436	TROPONINA I CUALITATIVA	$ 91.676
582	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA	$ 101.150
583	903503	LÍQUIDO PERICÁRDICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DENSIDAD Y PROTEÍNAS)	$ 62.990
584	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)	$ 57.048
585	903601	ALUMINIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 83.309
586	903602	AMONIO	$ 44.044
587	903604	CALCIO IÓNICO	$ 41.300
588	903608	ZINC	$ 87.749
589	903609	ZINC EN ORINA DE 24 HORAS	$ 89.990
590	903610	ALUMINIO EN ORINA PARCIAL	$ 80.390
591	903701	VITAMINA A [RETINOL]	$ 164.041
592	903702	VITAMINA B1 [TIAMINA]	$ 153.681
593	903703	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	$ 137.481
594	903704	VITAMINA B2 [RIBOFLAVINA]	$ 202.200
595	903705	VITAMINA B6 [PIRIDOXINA]	$ 158.011
596	903706	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	$ 189.569
597	903707	VITAMINA D 125 DIHIDROXI [D2-D3] [CALCIFIDOL]	$ 202.200
598	903708	VITAMINA E [TOCOFEROL]	$ 161.963
599	903709	VITAMINA C [ÁCIDO ASCÓRBICO]	$ 33.600
600	903711	VITAMINA K	$ 219.595
601	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19.568
602	903802	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 16.962
603	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 14.572
604	903804	ALBUMINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 11.729
605	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 21.889
606	903806	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 32.023
607	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	$ 12.998
608	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 22.753
609	903812	CAPACIDAD DE COMBINACIÓN DEL HIERRO	$ 43.055
610	903813	CLORO	$ 14.393
611	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.132
612	903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	$ 25.233
613	903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO	$ 29.912
614	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	$ 35.938
615	903818	COLESTEROL TOTAL	$ 29.580
616	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA	$ 52.764
617	903821	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	$ 25.341
618	903823	CREATININA DEPURACIÓN	$ 23.416
619	903824	CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 20.142
620	903826	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN ORINA	$ 15.600
621	903827	CUERPOS CETÓNICOS O CETONAS EN SANGRE	$ 41.987
622	903829	DESHIDROGENASA LÁCTICA ISOENZIMAS	$ 79.111
623	903830	FOSFATASA ÁCIDA	$ 21.719
624	903832	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA AUTOMATIZADA	$ 56.196
625	903833	FOSFATASA ALCALINA	$ 19.220
626	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 19.927
627	903836	FÓSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 21.058
628	903838	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	$ 34.221
629	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	$ 72.333
630	903840	GLUCOSA EN ORINA	$ 12.498
631	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	$ 15.409
632	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	$ 38.074
633	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL	$ 40.682

634	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA	$ 91.131
635	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN	$ 41.905
636	903846	HIERRO TOTAL	$ 26.519
637	903847	LIPASA	$ 39.428
638	903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	$ 57.023
639	903849	LÍQUIDO ASCITICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)	$ 67.983
640	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	$ 70.173
641	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)	$ 57.212
642	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)	$ 72.942
643	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)	$ 82.927
644	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 24.815
645	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 27.580
646	903856	NITRÓGENO UREICO	$ 12.783
647	903857	NITRÓGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 13.894
648	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 36.035
649	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 30.118
650	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS [ALBUMINA-GLOBULINA]	$ 58.385
651	903862	PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HORAS	$ 12.242
652	903863	PROTEÍNAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	$ 11.296
653	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 30.921
654	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	$ 31.747
655	903866	TRANSAMINASA GLUTÁMICO-PIRÚVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	$ 43.700
656	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACÉTICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	$ 37.879
657	903868	TRIGLICERIDOS	$ 20.454
658	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	$ 19.686
659	903871	AMILASA EN ORINA PARCIAL	$ 22.234
660	903872	SODIO EN ORINA PARCIAL	$ 32.509
661	903873	CALCIO EN ORINA PARCIAL	$ 29.573
662	903874	PROTEÍNAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	$ 11.658
663	903875	FÓSFORO EN ORINA PARCIAL	$ 30.334
664	903876	CREATININA EN ORINA PARCIAL	$ 13.540
665	903877	ÁCIDO ÚRICO EN ORINA PARCIAL	$ 17.091
666	903878	POTASIO EN ORINA PARCIAL	$ 32.296
667	903879	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	$ 26.376
668	903880	CLORO EN ORINA PARCIAL	$ 13.064
669	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS	$ 28.200
670	903883	GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	$ 14.124
671	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)	$ 53.088
672	903885	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)	$ 86.632
673	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 65.661
674	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 86.632
675	903888	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 90 Y 120 MINUTOS)	$ 69.505
676	903889	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 3 HORAS (5 MUESTRAS: 0 30 60 120 Y 180 MINUTOS)	$ 86.632

677	903890	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 86.632
678	903891	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 4 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 Y 240 MINUTOS)	$ 89.241
679	903892	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (7 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 89.241
680	903893	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 5 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 180 240 Y 300 MINUTOS)	$ 89.241
681	903894	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 6 HORAS (8 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 240 300 Y 360)	$ 89.241
682	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	$ 14.231
683	904001	ANGIOTENSINA II	$ 88.100
684	904004	RENINA TOTAL	$ 114.213
685	904005	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	$ 126.325
686	904101	SOMATOMEDINA C [FACTOR I DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	$ 192.202
687	904102	HORMONA ANTIDIURÉTICA	$ 95.200
688	904103	HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA	$ 75.915
689	904104	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	$ 96.831
690	904105	HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE	$ 113.211
691	904107	HORMONA LUTEINIZANTE	$ 107.379
692	904108	PROLACTINA	$ 82.546
693	904109	PROLACTINA (MEZCLA DE TRES MUESTRAS)	$ 83.549
694	904404	INHIBINA B	$ 275.054
695	904501	ANDROSTENEDIONA	$ 103.137
696	904503	ESTRADIOL	$ 86.520
697	904505	ESTRIOL LIBRE	$ 88.339
698	904506	ESTRÓGENOS (ESTRADIOL 17 BETA)	$ 45.243
699	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	$ 33.200
700	904509	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	$ 84.851
701	904510	PROGESTERONA	$ 84.938
702	904511	HORMONA ANTIMULLERIANA	$ 128.800
703	904601	TESTOSTERONA LIBRE	$ 112.045
704	904602	TESTOSTERONA TOTAL	$ 71.757
705	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA	$ 92.613
706	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)	$ 141.232
707	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)	$ 88.510
708	904705	INSULINA LIBRE	$ 114.909
709	904706	PÉPTIDO C	$ 115.584
710	904707	PROINSULINA	$ 192.400
711	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)	$ 118.512
712	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)	$ 137.200
713	904801	ALDOSTERONA	$ 131.223
714	904802	ALDOSTERONA EN ORINA	$ 142.078
715	904804	CETOESTEROIDES 17	$ 81.286
716	904805	CORTISOL DIFERENTES MUESTRAS	$ 87.140
717	904806	CORTISOL (DOS MUESTRAS AM-PM)	$ 87.146
718	904807	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	$ 83.142
719	904808	DEHIDROEPINANDROSTERONA	$ 118.902
720	904809	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	$ 88.327
721	904811	HIDROXICORTICOSTEROIDES 17	$ 68.448
722	904812	CORTISOL AM	$ 76.310
723	904813	CORTISOL PM	$ 75.800
724	904901	GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA	$ 99.721
725	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	$ 71.059
726	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	$ 87.632
727	904912	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA INTACTA	$ 130.329

728	904920	TIROGLOBULINA	$ 77.219
729	904921	TIROXINA LIBRE	$ 87.807
730	904922	TIROXINA TOTAL	$ 67.412
731	904923	TRIYODOTIRONINA (CAPTACIÓN)	$ 64.048
732	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE	$ 64.122
733	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL	$ 63.739
734	904926	TIROXINA NORMALIZADA	$ 108.979
735	904927	TRIYODOTIRONINA REVERSA	$ 107.800
736	905201	ÁCIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	$ 63.358
737	905202	ÁCIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	$ 154.000
738	905206	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	$ 89.013
739	905210	FENITOÍNA LIBRE AUTOMATIZADA	$ 114.838
740	905213	FENITOÍNA TOTAL AUTOMATIZADA	$ 92.528
741	905214	FENOBARBITAL NIVELES SÉRICOS AUTOMATIZADO	$ 99.365
742	905301	ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 113.315
743	905303	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS CUANTITATIVO AUTOMATIZADO	$ 168.497
744	905304	ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS SEMICUANTITATIVO MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 97.400
745	905305	BENZODIACEPINAS CUANTITATIVAS AUTOMATIZADO	$ 95.200
746	905312	LITIO AUTOMATIZADO	$ 25.737
747	905404	GENTAMICINA AUTOMATIZADA	$ 99.000
748	905410	VANCOMICINA AUTOMATIZADO	$ 109.937
749	905502	CICLOSPORINA A O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.913
750	905503	TACROLIMUS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 171.600
751	905601	DIGITOXINA AUTOMATIZADO	$ 156.800
752	905608	TEOFILINA AUTOMATIZADO	$ 131.453
753	905701	ACETAMINOFEN AUTOMATIZADO	$ 109.900
754	905709	ARSÉNICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 55.000
755	905711	ATROPÍNICOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 112.640
756	905721	CIANUROS AUTOMATIZADO	$ 55.500
757	905723	HIDROCARBUROS SEMIAUTOMATIZADO	$ 51.000
758	905726	COCAÍNA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	$ 98.000
759	905727	DROGAS DE ABUSO	$ 73.300
760	905731	MERCURIO AUTOMATIZADO	$ 90.557
761	905734	METADONA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 39.043
762	905736	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	$ 90.430
763	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	$ 47.283
764	906004	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 137.200
765	906006	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 151.059
766	906008	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.864
767	906009	Borrelia burgdorferi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 82.390
768	906010	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 52.900
769	906011	Brucella abortus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADO	$ 52.900
770	906013	Brucella spp ANTICUERPOS MANUAL	$ 49.563
771	906023	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.453
772	906024	Helicobacter pylori ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.900
773	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.000
774	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.624
775	906034	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 57.556
776	906036	Mycoplasma pneumoniae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.456

777	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA	$ 92.166
778	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 61.278
779	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.700
780	906045	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.900
781	906046	Bartonella henselae ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 52.900
782	906107	Cisticerco ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.066
783	906112	Cryptococcus neoformans ANTICUERPOS MANUAL	$ 130.658
784	906121	Leishmania ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 65.800
785	906122	Plasmodium ANTICUERPOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 97.800
786	906125	Toxocara canis ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 370.373
787	906126	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108.619
788	906127	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 99.006
789	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 129.862
790	906131	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 72.425
791	906133	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 58.100
792	906134	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Toxoplasma SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 144.138
793	906138	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.866
794	906139	Saccharomyces cerevisiae ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.066
795	906140	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 148.102
796	906141	Rickettsia spp ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.054
797	906203	Adenovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.751
798	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.695
799	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 69.508
800	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G	$ 46.162
801	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M	$ 46.162
802	906210	Enterovirus ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 990.480
803	906211	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (CÁPSULA EB-VCA-A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 129.236
804	906212	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (CÁPSULA EB-VCA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.763
805	906213	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (NUCLEARES EBNA-G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 136.550
806	906214	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig G (TEMPRANOS G) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 124.910
807	906215	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (CÁPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.687
808	906216	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig M (NUCLEARES EBNA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 136.773
809	906217	Epstein-Barr ANTICUERPOS Ig A (TEMPRANOS A) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 142.500
810	906218	Hepatitis A ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.609
811	906219	Hepatitis A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.396
812	906220	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL Ig M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 104.034

813	906221	Hepatitis B ANTICUERPOS CENTRAL TOTALES [ANTI-CORE HBc] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 119.557
814	906222	Hepatitis B ANTICUERPOS E [ANTI-HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 108.639
815	906223	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 110.374
816	906225	Hepatitis C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.187
817	906226	Hepatitis delta ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 135.600
818	906227	Hepatitis delta ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 128.169
819	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 87.329
820	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.948
821	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 93.349
822	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 89.561
823	906232	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.765
824	906233	HTLV-I Y II ANTICUERPOS TOTALES CONFIRMATORIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 319.205
825	906234	Influenza TIPO A ANTICUERPOS Ig G	$ 59.200
826	906236	Influenza TIPO B ANTICUERPOS Ig G	$ 59.200
827	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 94.915
828	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 101.556
829	906245	Sarampión ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 63.400
830	906246	Sarampión ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.138
831	906247	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 56.423
832	906248	Varicela zoster ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 55.586
833	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS	$ 93.606
834	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA	$ 445.511
835	906252	Virus de Fiebre Amarilla ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 67.200
836	906253	Virus Sincitial Respiratorio ANTICUERPOS Ig G	$ 128.285
837	906259	Parvovirus B19 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 101.400
838	906268	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Rubeola SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 92.242
839	906269	TEST DE AVIDEZ ANTICUERPOS Ig G Citomegalovirus SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.100
840	906270	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig G	$ 38.635
841	906271	SARS CoV2 [COVID-19] ANTICUERPOS Ig M	$ 38.635
842	906301	Adenovirus ANTÍGENO	$ 63.196
843	906302	ANTÍGENO P 24 Virus de Inmunodeficiencia Humana 1	$ 184.800
844	906303	ANTÍGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 232.621
845	906304	ANTÍGENOS FEBRILES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 48.228
846	906314	Cryptococcus neoformans ANTÍGENO	$ 93.589
847	906317	Hepatitis B ANTÍGENO DE SUPERFICIE [Ag HBs]	$ 108.597
848	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e [Ag HBe] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 99.553
849	906319	Hepatitis delta ANTÍGENO [Ag HVD] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.245
850	906321	Influenza ANTÍGENO	$ 66.300
851	906322	Legionella spp ANTÍGENO	$ 205.249
852	906324	Parainfluenza TIPO 1 3 ANTÍGENO	$ 116.345
853	906327	Rotavirus ANTÍGENOS MANUAL	$ 93.037
854	906329	Virus Sincitial Respiratorio ANTÍGENO	$ 71.134

855	906340	SARS CoV 2 [COVID-19] ANTÍGENO	$ 100.000
856	906401	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS BLOQUEADORES AUTOMATIZADO	$ 116.300
857	906406	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [Ro] SS-B [La] RNP y Sm SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 149.369
858	906407	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 100.435
859	906408	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 133.362
860	906409	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 103.503
861	906413	CENTROMERO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.919
862	906414	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 123.100
863	906415	CITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C ANCA O P ANCA] AUTOMATIZADO	$ 89.737
864	906417	DNA n ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 88.966
865	906422	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.904
866	906423	FOSFOLÍPIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 118.071
867	906426	INSULINA ANTICUERPOS ISLOTES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 117.800
868	906430	SSB [La] ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 105.026
869	906431	MEMBRANA BASAL DEL GLOMERULO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.933
870	906434	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.111
871	906436	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 65.493
872	906438	MÚSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	$ 66.478
873	906440	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AUTOMATIZADO	$ 89.984
874	906442	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	$ 93.624
875	906443	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 196.000
876	906444	ANTICUERPOS PLAQUETARIOS DETECCIÓN AUTOMATIZADO	$ 71.200
877	906453	RNP ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.569
878	906454	SSA [Ro] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 132.791
879	906455	SCL-70 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.560
880	906456	Sm ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 107.714
881	906457	TIROIDEOS COLOIDALES ANTICUERPOS	$ 84.763
882	906458	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS) AUTOMATIZADO	$ 70.322
883	906466	CITRULINA ANTICUERPOS [ANTI PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.198
884	906468	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS FIJADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.300
885	906469	ACETILCOLINA RECEPTORES ANTICUERPOS MODULADORES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 116.300
886	906470	ANTICUERPOS ACUAPORINA 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.300
887	906471	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.500
888	906472	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.500
889	906473	ENDOMISIO ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.500
890	906474	GLIADINA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.500
891	906475	GLIADINA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.500
892	906476	GLIADINA ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.500
893	906477	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.500

894	906478	TRANSGLUTAMINASA ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 97.500
895	906481	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 66.080
896	906482	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 76.440
897	906483	ÁCIDO GLUTÁMICO DECARBOXILASA ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.300
898	906484	MICROSOMALES HÍGADO Y RIÑÓN ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 114.816
899	906485	MIELOPEROXIDASA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 122.328
900	906486	PROTEINASA 3 ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 123.100
901	906487	NEURONALES ANTICUERPOS (ANTI-Hu Yo Ri Fifisina CV2 Ma2) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 131.100
902	906490	ANTÍGENO SOLUBLE DE HÍGADO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 205.222
903	906491	TIROSINASA MÚSCULO ESPECÍFICA [MUSK] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 259.300
904	906492	ANTICUERPOS ANTI RECEPTOR DE TSH SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 113.100
905	906493	N-METIL ASPARTATO RECEPTOR ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 131.100
906	906497	ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPASA A2	$ 131.100
907	906602	ALFA FETOPROTEÍNA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 102.869
908	906603	ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 179.446
909	906604	ANTÍGENO DE CÁNCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 158.609
910	906605	ANTÍGENO DE CÁNCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 160.434
911	906606	ANTÍGENO DE CÁNCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 157.371
912	906610	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 158.517
913	906611	ANTÍGENO ESPECÍFICO DE PRÓSTATA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 144.131
914	906620	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 71.429
915	906621	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 148.257
916	906625	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 62.978
917	906626	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA FRACCIÓN LIBRE SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 74.400
918	906627	CROMOGRANINA A SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 184.206
919	906711	LINFOCITOS B (CD19 Y CD20) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 237.629
920	906714	LINFOCITOS T CD4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 167.169
921	906730	LINFOCITOS CD16 LINFOCITOS NK SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 195.400
922	906744	LINFOCITOS T CUANTIFICACIÓN CD3 CD4 CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 126.000
923	906801	BETA 2 GLICOPROTEÍNA I SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 40.000
924	906810	ELECTROFORESIS DE LIPOPROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 84.260
925	906811	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO [DETECCIÓN DE BANDAS OLIGOCLONALES] SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 216.509
926	906812	ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS SEMIAUTOMATIZADO Y AUTOMATIZADO	$ 55.249
927	906818	Hepatitis C PRUEBA CONFIRMATORIA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 427.000
928	906823	INHIBIDOR C1 ESTERASA CONCENTRACIÓN O FUNCIONAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 95.200

929	906824	INMUNOFIJACIÓN SEMIAUTOMATIZADO	$ 151.400
930	906825	INMUNOFIJACIÓN AUTOMATIZADA	$ 183.400
931	906826	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] SEMIAUTOMATIZADO	$ 45.691
932	906827	INMUNOGLOBULINA A [Ig A] AUTOMATIZADO	$ 57.025
933	906829	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] AUTOMATIZADO	$ 52.149
934	906830	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SUBCLASES 1 2 3 4 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.500
935	906832	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] AUTOMATIZADO	$ 53.029
936	906833	INMUNOGLOBULINA D [Ig D] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.500
937	906834	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] ESPECÍFICA (DOSIFICACIÓN CADA ALERGENO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 96.582
938	906836	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] AUTOMATIZADO	$ 63.471
939	906837	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS KAPPA Y LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.818
940	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 112.290
941	906842	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES KAPPA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 148.381
942	906843	INMUNOGLOBULINAS CADENAS LIVIANAS LIBRES LAMBDA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 148.278
943	906851	CALPROTECTINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 169.239
944	906853	INTERLEUQUINA 6	$ 101.919
945	906901	AGLUTININAS AL FRÍO	$ 18.512
946	906902	AGLUTININAS AL CALOR	$ 23.000
947	906903	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 22.835
948	906904	COMPLEMENTO HEMOLÍTICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 87.308
949	906906	COMPLEMENTO SÉRICO C3 AUTOMATIZADO	$ 93.219
950	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO	$ 83.605
951	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	$ 22.629
952	906912	PREALBÚMINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 60.672
953	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 17.202
954	906915	PRUEBA NO TREPONÉMICA MANUAL	$ 24.400
955	906917	CRIOGLOBULINAS	$ 21.430
956	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	$ 13.505
957	907002	COPROLÓGICO	$ 10.684
958	907004	COPROSCÓPICO	$ 37.939
959	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACIÓN DE TROFOZOITOS)	$ 27.243
960	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES [SUDÁN III]	$ 20.395
961	907007	OXIUROS IDENTIFICACIÓN PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	$ 14.599
962	907009	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL (DETERMINACIÓN DE HEMOGLOBINA HUMANA ESPECÍFICA)	$ 10.711
963	907101	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	$ 14.583
964	907102	HEMOGLOBINURIA	$ 34.822
965	907103	PROTEÍNAS DE BENCE JONES MANUAL	$ 13.023
966	907104	RECUENTO DE ADDIS	$ 20.119
967	907106	UROANÁLISIS	$ 17.829
968	907107	UROBILINÓGENO EN ORINA PARCIAL	$ 18.636
969	907108	GLÓBULOS ROJOS MORFOLOGÍA EN ORINA	$ 13.978
970	907201	ESPERMOGRAMA BÁSICO	$ 66.679
971	907203	LÍQUIDO PROSTÁTICO (EXAMEN MICROSCÓPICO)	$ 45.523
972	908316	FENILALANINA CUANTITATIVA	$ 36.300
973	908324	ARILSULFATASA B ACTIVIDAD	$ 369.783
974	908350	OTROS METABOLITOS DETERMINACIÓN (ESPECÍFICO)	$ 316.344
975	908806	Hepatitis B CARGA VIRAL	$ 371.000
976	908807	Hepatitis C CARGA VIRAL	$ 186.500
977	908810	JC POLIOMAVIRUS CARGA VIRAL	$ 1.514.520
978	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	$ 182.000

979	908855	IDENTIFICACIÓN DE OTRA BACTERIA (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 970.862
980	911026	FENOTIPO SISTEMA ABO [SUBGRUPOS] EN TUBO	$ 8.500
981	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR	$ 79.389
982	911103	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS LEUCORREDUCIDAS	$ 69.907
983	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 59.532
984	911106	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS ESTÁNDAR	$ 378.307
985	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	$ 443.415
986	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS	$ 539.234
987	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 73.746
988	911112	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 454.175
989	911115	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 74.529
990	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)	$ 338.375
991	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFÉRESIS	$ 1.368.815
992	911202	PROCESAMIENTO DE CONCENTRADO DE LEUCOCITOS POR AFÉRESIS O LEUCOFÉRESIS	$ 79.054
993	911205	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS POR AFÉRESIS O ERITROFÉRESIS	$ 1.465.213
994	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO	$ 55.578
995	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS	$ 98.704
996	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS	$ 54.770
997	912004	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE SANGRE TOTAL	$ 79.634
998	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO	$ 61.043
999	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	$ 28.672
1000	935301	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)	$ 80.603
1001	935302	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO	$ 73.677
1002	935304	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)	$ 90.754
1003	954601	EMISIONES OTOACÚSTICAS	$ 139.209
1004	964901	INSTILACIÓN GENITOURINARIA	$ 91.700
1005	972301	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 194.559
1006	973701	EXTRACCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA	$ 213.463
1007	976203	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 233.600
1008	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 79.600
1009	998702	SOPORTE DE SEDACIÓN PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO	$ 79.600
1010	573201	CISTOSCOPIA TRANSURETRAL	$ 1.144.792
1011	5DSM01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA	$ 112.460
1012	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO	$ 658.863
1013	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA	$ 658.863
1014	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS	$ 658.863
1015	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	$ 505.116
1016	883108	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PARES CRANEANOS	$ 493.515
1017	883210	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE	$ 658.863
1018	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE	$ 1.108.863
1019	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE	$ 658.863
1020	883221	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE	$ 1.108.863
1021	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	$ 658.863
1022	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE	$ 1.108.863
1023	883341	ANGIORRESONANCIA DE TÓRAX (SIN INCLUIR CORAZÓN)	$ 1.867.636
1024	883401	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN	$ 658.863
1025	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES	$ 493.515

1026	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS	$ 658.863
1027	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 505.116
1028	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)	$ 505.116
1029	883521	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES	$ 505.116
1030	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)	$ 505.116
1031	883545	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA	$ 699.498
1032	883590	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	$ 658.863
1033	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 78.712
1034	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 82.748
1035	890502	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)	$ 150.000
1036	992990	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE OTRA SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PROFILÁCTICA	$ 8.300
1037	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	$ 50.322
1038	890244	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	$ 80.000
1039	890344	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	$ 80.000
1040	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 79.873
1041	890247	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 80.000
1042	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 61.710
1043	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	$ 61.710
1044	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGÍA	$ 28.095
1045	937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	$ 29.809
1046	180302	EXTRACCIÓN DE CERUMEN O CUERPO EXTRAÑO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA O ENDOSCÓPICA	$ 61.800
1047	202401	ASPIRACIÓN DE OÍDO MEDIO O CAVIDAD MASTOIDEA	$ 61.800
1048	306001	NASOLARINGOSCOPIA	$ 1.475.852
1049	306004	LARINGOSCOPIA	$ 722.581
1050	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS	$ 36.368
1051	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL	$ 93.200
1052	879111	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE	$ 514.943
1053	879112	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE	$ 530.596
1054	879113	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	$ 647.087
1055	879116	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPÓFISIS)	$ 385.802
1056	879121	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ÓRBITAS	$ 439.197
1057	879122	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE OÍDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO	$ 555.321
1058	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 555.321
1059	879132	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE RINOFARINGE	$ 555.321
1060	879150	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	$ 565.055
1061	879161	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CUELLO	$ 459.613
1062	879162	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE LARINGE	$ 511.698
1063	879201	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	$ 437.532
1064	879205	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFÍA (CADA SEGMENTO)	$ 171.300
1065	879301	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX	$ 498.654

1066	879391	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE TÓRAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	$ 564.412
1067	879410	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR	$ 587.305
1068	879420	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)	$ 676.167
1069	879421	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CADERA	$ 435.933
1070	879430	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTC]	$ 721.850
1071	879460	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE PELVIS	$ 479.433
1072	879510	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES	$ 424.831
1073	879520	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	$ 424.831
1074	879522	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)	$ 169.095
1075	879523	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (AXIALES DE RÓTULA O LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES)	$ 169.095
1076	879910	TOMOGRAFÍA COMPUTADA EN RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 749.415
1077	879990	TOMOGRAFÍA COMPUTADA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 466.865
1078	554003	NEFRECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.074.000
1079	555721	NEFRECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.074.000
1080	558730	PIELOPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	$ 4.074.000
1081	573304	BIOPSIA MÚLTIPLE DE VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.181.300
1082	575104	RESECCIÓN DE SENO URACAL DE VEJIGA (URACOVESICAL) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.111.025
1083	575106	RESECCIÓN DE FÍSTULA URACAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.141.399
1084	575108	RESECCIÓN DE URACO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.111.025
1085	575204	ENDOMETRECTOMÍA DE VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.457.292
1086	575205	RESECCIÓN O FULGURACIÓN SUPRAPÚBICA DE LESIÓN VESICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.394.274
1087	575206	RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO VESICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.394.274
1088	576011	CISTECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 5.980.241
1089	577302	EXTIRPACIÓN TOTAL DE VEJIGA URINARIA [CISTECTOMÍA] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.394.274
1090	577304	CISTECTOMÍA TOTAL CON URETRECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.394.274
1091	577308	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, PRÓSTATA, VESÍCULAS SEMINALES Y TEJIDO GRASO [CISTOPROSTATECTOMÍA] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.173.161
1092	577310	ESCISIÓN O REMOCIÓN DE VEJIGA, URETRA Y TEJIDO GRASO EN MUJER VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.357.613
1093	577312	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA MÁS DERIVACIÓN URINARIA (CONDUCTO ILEAL O SIMILAR) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.424.031
1094	577314	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL MÁS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE ORTOTÓPICA) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.424.031
1095	577316	CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL MÁS DERIVACIÓN URINARIA (BOLSA CONTINENTE NO ORTÓTOPICA) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.424.031
1096	589503	REVISIÓN O SUSTITUCIÓN QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.144.837
1097	590111	EXPLORACIÓN RETROPERITONEAL (LUMBOTOMÍA EXPLORADORA) POR LAPAROSCOPIA	$ 5.567.874
1098	590311	URETEROLISIS O PIELOURETEROLISIS POR LAPAROSCOPIA	$ 6.811.328
1099	592002	NEFROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑÓN VÍA PERCUTÁNEA	$ 6.664.091
1100	592004	NEFROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑÓN VÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGADA	$ 5.100.000
1101	592103	URETEROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URÉTER VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.100.000
1102	592303	URETROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA VÍA ENDOSCÓPICA	$ 5.100.000
1103	592401	LITOTRICIA (FRAGMENTACIÓN) INTRACORPÓREA DE CÁLCULOS EN VÍA URINARIA	$ 3.323.700

1104	597101	CISTOURETROPEXIA CON DISPOSITIVO (SUSPENSIÓN DEL MÚSCULO ELEVADOR)	$ 2.181.300
1105	598001	CATETERISMO URETERAL DE AUTORETENCIÓN VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.490.900
1106	602001	RESECCIÓN O ENUCLEACIÓN TRANSURETRAL DE ADENOMA DE PRÓSTATA [RTUP] O ADENOMECTOMÍA	$ 7.041.535
1107	602002	ADENOMECTOMÍA O PROSTATECTOMÍA TRANSVESICAL	$ 3.460.784
1108	605111	PROSTATECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 4.172.942
1109	621911	EXPLORACIÓN ABDOMINAL DE TESTÍCULO NO DESCENDIDO POR LAPAROSCOPIA	$ 4.734.072
1110	623011	ORQUIECTOMÍA DE UN TESTÍCULO INTRAABDOMINAL UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.525.028
1111	623012	ORQUIECTOMÍA DE UN TESTÍCULO INTRAABDOMINAL BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.525.028
1112	631002	LIGADURA ALTA DE VENA ESPERMÁTICA, POR LAPAROSCOPIA	$ 4.603.178
1113	631202	CLIPAJE DE ARTERIA ESPERMÁTICA POR LAPAROSCOPIA	$ 4.667.981
1114	890225	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	$ 90.615
1115	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 63.263
1116	890325	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	$ 90.615
1117	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	$ 63.263
1118	015313	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE LA BASE DEL CRÁNEO FOSA MEDIA VÍA ENDONASAL (EXTENDIDA)	$ 2.995.820
1119	413204	BIOPSIA DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1120	452602	BIOPSIA DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.229.213
1121	457202	CECECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1122	457302	HEMICOLECTOMÍA DERECHA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1123	457402	RESECCIÓN DE COLON TRANSVERSO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1124	457502	HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1125	457602	SIGMOIDECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1126	458102	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y PROCTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.606.552
1127	458302	COLECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.606.552
1128	458402	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.606.552
1129	459102	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1130	459202	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.312.000
1131	459302	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1132	459402	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1133	460104	EXTERIORIZACIÓN DE INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1134	461302	COLOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1135	471110	APENDICECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.984.600
1136	501002	BIOPSIA CERRADA (PERCUTÁNEA) (AGUJA) DE HÍGADO	$ 704.511
1137	512104	COLECISTECTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.168.920
1138	531001	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VÍA ABIERTA	$ 1.408.027
1139	545101	LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.434.617
1140	669202	SALPINGO-OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1141	683111	HISTERECTOMÍA SUBTOTAL O SUPRACERVICAL, POR LAPAROSCOPIA	$ 3.430.825
1142	684020	HISTERECTOMÍA TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 3.425.797
1143	684104	HISTERECTOMÍA TOTAL ABDOMINAL AMPLIADA POR LAPAROSCOPIA	$ 5.341.439
1144	692202	HISTEROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1145	694102	HISTERORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1146	694202	CIERRE DE FÍSTULA DE ÚTERO (ISTMOCELE) POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1147	810823	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	$ 2.995.820

1148	864101	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES CENTÍMETROS	$ 951.438
1149	864102	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	$ 994.465
1150	864103	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS	$ 995.483
1151	864104	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS	$ 1.096.050
1152	864105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)	$ 1.552.482
1153	864201	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO	$ 786.311
1154	864202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTÍMETROS	$ 722.785
1155	864203	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS	$ 719.219
1156	864204	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS	$ 752.219
1157	864205	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS	$ 722.785
1158	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)	$ 42.757
1159	901111	BACILOSCOPIA COLORACIÓN ÁCIDO ALCOHOL RESISTENTE [ZIELH-NEELSEN] LECTURA SERIADA TRES MUESTRAS	$ 21.376
1160	901235	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA DE DISCO)	$ 39.701
1161	901237	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACIÓN MÍNIMA INHIBITORIA MANUAL)	$ 46.200
1162	902215	HEMOPARÁSITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA	$ 12.691
1163	903427	HEMOGLOBINA GLICOSILADA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA	$ 61.941
1164	903439	TROPONINA T CUANTITATIVA	$ 93.683
1165	903603	CALCIO AUTOMATIZADO	$ 22.787
1166	903605	IONOGRAMA [CLORO SODIO POTASIO Y BICARBONATO O CALCIO]	$ 19.000
1167	903810	CALCIO SEMIAUTOMATIZADO	$ 30.722
1168	903819	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) SEMIAUTOMATIZADA	$ 36.002
1169	903822	CREATINA	$ 17.749
1170	903828	DESHIDROGENASA LÁCTICA	$ 19.660
1171	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 135.790
1172	906130	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	$ 135.790
1173	906441	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MANUAL	$ 74.376
1174	906913	PROTEÍNA C REACTIVA ALTA PRECISIÓN AUTOMATIZADO	$ 50.311
1175	911016	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] EN TUBO	$ 25.009
1176	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	$ 609.215
1177	584603	URETROPLASTIA PERINEAL	$ 3.271.832
1178	592003	NEFROLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RIÑÓN VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.193.628
1179	592007	PIELOLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PELVIS RENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.009.188
1180	592203	CISTOLITOTOMÍA O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.095.474
1181	601101	BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA POR ABORDAJE TRANSRECTAL	$ 970.211
1182	625204	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.453.331
1183	625206	ORQUIDOPEXIA BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.871.288

1184	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 86.122
1185	891301	PRUEBA DE PROVOCACIÓN NASAL CON ALERGENO (ESPECÍFICO)	$ 95.800
1186	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA	$ 2.658.968
1187	306003	ESTROBOSCOPIA LARÍNGEA	$ 370.000
1188	702203	COLPOSCOPIA	$ 256.330
1189	405503	LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1190	414202	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE BAZO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1191	414302	ESPLENECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1192	414502	ESCISIÓN DE BAZO ACCESORIO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1193	415103	ESPLENECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1194	416103	ESPLENORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1195	427402	ESOFAGOCARDIOMIOTOMÍA ABDOMINAL O TORÁCICA [HELLER] POR LAPAROSCOPIA	$ 3.259.237
1196	430103	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO MÚLTIPLE (BEZOARD) POR GASTROTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.745.003
1197	446604	CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFÍNTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA	$ 3.259.237
1198	453305	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO DELGADO SALVO DUODENO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1199	453307	RESECCIÓN INTESTINAL DE DIVERTICULOS VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1200	457002	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1201	467002	ENTERORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1202	501003	BIOPSIA POR LAPAROSCOPIA DE HÍGADO	$ 1.992.725
1203	502207	RESECCIÓN EN CUÑA DE HÍGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.224.165
1204	510003	COLECISTOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1205	530002	HERNIORRAFIA INGUINAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.903.737
1206	530302	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1207	530402	HERNIORRAFIA INGUINAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1208	530602	HERNIORRAFIA UNILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1209	531002	HERNIORRAFIA INGUINAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1210	531502	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1211	531602	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1212	531702	HERNIORRAFIA BILATERAL INGUINO ESCROTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1213	534002	HERNIORRAFIA UMBILICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.229.213
1214	534102	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.229.213
1215	534302	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.229.213
1216	535205	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 891.877
1217	535302	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 891.877
1218	536002	HERNIORRAFIA LUMBAR VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1219	536102	HERNIORRAFIA OBTURADORA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1220	536502	HERNIORRAFIA LUMBAR ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1221	536602	HERNIORRAFIA OBTURADORA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1222	537003	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1223	537303	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1224	537306	REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA REPRODUCIDA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.259.237
1225	540006	DRENAJE DE COLECCIÓN EXTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.992.725
1226	540009	DRENAJE DE COLECCIÓN RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1227	540012	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 495.057
1228	540015	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.181.300
1229	540102	LIBERACIÓN DE PLASTRÓN EN ABDOMEN VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1230	541702	LAVADO PERITONEAL TERAPÉUTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669

1231	541704	LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.587.669
1232	542101	LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA	$ 1.114.800
1233	542203	BIOPSIA DE PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 414.259
1234	542304	BIOPSIA DE PERITONEO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1235	542403	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 1.745.003
1236	543102	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 655.200
1237	550120	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE RENAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1238	651202	BIOPSIA EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.246.866
1239	652102	CISTECTOMÍA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1240	652202	RESECCIÓN PARCIAL DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1241	652302	RESECCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1242	652305	CITORREDUCCIÓN DE TUMOR DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.703.682
1243	652402	PUNCIÓN Y DRENAJE DE LESIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1244	652702	FULGURACIÓN EN OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1245	652802	RESECCIÓN DE QUISTE PARAOVÁRICO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1246	652902	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS (LEVES, MODERADAS O SEVERAS) DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.615.137
1247	653102	OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1248	655102	OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1249	657002	OFOROPLASTIA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1250	657802	OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.974.391
1251	657804	OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1252	659302	ESCISIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO OVÁRICO SIN OOFORECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.181.300
1253	659520	LIBERACIÓN DE TORSIÓN DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.323.700
1254	660202	SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.323.700
1255	661120	BIOPSIA DE TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.178.909
1256	662102	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO ÚNICA POR LAPAROSCOPIA	$ 1.481.618
1257	662202	ABLACIÓN U OCLUSIÓN DE TROMPA DE FALOPIO BILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.500.099
1258	664002	SALPINGECTOMÍA UNILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1259	665002	SALPINGECTOMÍA BILATERAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1260	666102	RESECCIÓN DE LESIÓN EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1261	666111	ESCISIÓN DE LESIÓN CON SALPINGECTOMÍA PARCIAL, POR LAPAROSCOPIA	$ 1.984.600
1262	666220	RESECCIÓN DE LESIÓN EN MESOSALPINX POR LAPAROSCOPIA	$ 1.870.590
1263	667102	SUTURA SIMPLE DE TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.967.043
1264	667302	SALPINGO-SALPINGOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.258.985
1265	667402	SALPINGOHISTEROTOMÍA (SALPINGO-UTEROSTOMÍA) POR LAPAROSCOPIA	$ 3.033.411
1266	667610	SALPINGOLISIS POR LAPAROSCOPIA	$ 2.967.043
1267	669102	SALPINGO-OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.859.464
1268	669502	INSERCIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO EN TROMPA DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.843.011
1269	669702	ESCISIÓN Y DRENAJE POR ABORTO TUBÁRICO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.181.300
1270	669902	LIBERACIÓN O LISIS DE ADHERENCIAS DE OVARIO Y TROMPAS DE FALOPIO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.217.503
1271	676102	SUTURA DE ANILLO PERICERVICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 1.114.800
1272	681102	BIOPSIA DE ÚTERO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.712.203
1273	681104	BIOPSIA DE LIGAMENTOS UTERINOS POR LAPAROSCOPIA	$ 2.432.337
1274	682203	INCISIÓN O ESCISIÓN DE TABIQUE CONGÉNITO UTERINO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.536.500
1275	682403	MIOMECTOMÍA UTERINA ÚNICA O MÚLTIPLE POR LAPAROSCOPIA	$ 2.987.212
1276	691201	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETROSIS ESTADOS I Y II POR LAPAROSCOPIA	$ 3.148.670
1277	691202	ESCISIÓN Y ABLACIÓN DE ENDOMETROSIS ESTADOS III Y IV POR LAPAROSCOPIA	$ 3.577.423

1278	691204	ESCISIÓN O ABLACIÓN DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA POR LAPAROSCOPIA	$ 2.490.900
1279	691205	RESECCIÓN DE LESIÓN DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA	$ 2.412.405
1280	691230	SECCIÓN DE LIGAMENTO ÚTERO SACRO POR LAPAROSCOPIA	$ 3.867.058
1281	691302	SECCIÓN DE ADHERENCIAS UTERINAS A PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCOPICA	$ 1.703.295
1282	691902	DRENAJE DE COLECCIÓN DE LIGAMENTO ANCHO POR LAPAROSCOPIA	$ 1.536.500
1283	694302	REPARACIÓN DE ÚTERO BICORNE POR LAPAROSCOPIA	$ 3.299.681
1284	698002	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAUTERINO POR LAPAROSCOPIA	$ 850.000
1285	707703	COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA	$ 3.152.666
1286	991202	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBCUTÁNEA.	$ 480.486
1287	860201	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA	$ 378.457
1288	860202	PRUEBA EPICUTÁNEA DE ALERGIA (PRUEBA DE PARCHE)	$ 442.684
1289	911004	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	$ 18.700
1290	911022	PRUEBA CRUZADA MAYOR ERITROCITARIA EN TUBO	$ 45.294
1291	881130	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA	$ 147.856
1292	881132	ECOGRAFÍA DE CUELLO	$ 132.985
1293	882292	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS ABDOMINALES	$ 193.200
1294	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS	$ 354.097
1295	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS	$ 193.200
1296	883232	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE	$ 658.863
1297	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE	$ 1.108.863
1298	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE	$ 658.863
1299	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE	$ 1.108.863
1300	883435	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]	$ 1.120.000
1301	883904	RESONANCIA MAGNÉTICA CON PERFUSIÓN	$ 1.263.694
1302	883911	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL	$ 1.263.694
1303	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 78.718
1304	890347	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 80.000
1305	901222	HEMOCULTIVO AEROBIO MANUAL CADA MUESTRA	$ 81.117
1306	901228	Legionella CULTIVO	$ 50.441
1307	901301	BETA LACTAMASA PRUEBA DE PENICILINASA	$ 23.300
1308	902012	FACTOR II DE LA COAGULACIÓN CUANTIFICACIÓN [PROTROMBINA]	$ 96.747
1309	902020	FACTOR X [STUART PROWER]	$ 123.200
1310	902021	FACTOR XI [PTA]	$ 117.269
1311	902022	FACTOR XII [FACTOR DE HAGEMAN]	$ 93.228
1312	902023	FACTOR XIII [FSF FACTOR ESTABILIZANTE DE LA FIBRINA O TIEMPO DE LISIS COÁGULO]	$ 168.573
1313	902047	TIEMPO DE SANGRÍA ESTANDARIZADO	$ 13.278
1314	902054	INHIBIDOR DE TROMBOPLASTINA TISULAR	$ 112.314
1315	902056	INHIBIDOR DE FACTOR IX	$ 43.600
1316	902058	INHIBIDOR DE FACTOR VII	$ 43.600
1317	902079	ESTUDIO DE ANTICOAGULANTE LÚPICO	$ 80.099
1318	902101	CÉLULAS L.E.	$ 9.500
1319	902105	DIMERO D MANUAL	$ 49.360
1320	902110	HEMOGLOBINA A 2	$ 59.655
1321	902224	RECUENTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	$ 21.610
1322	903028	MICROALBUMINURIA SEMIAUTOMATIZADA	$ 48.392
1323	903036	OXALATOS EN ORINA O EN SANGRE	$ 72.800

1324	903045	TRANSFERRINA SEMIAUTOMATIZADA	$ 109.087
1325	903106	ÁCIDO FÓLICO EN ERITROCITOS	$ 67.319
1326	903440	TRIPTASA NIVELES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 205.400
1327	903831	FOSFATASA ÁCIDA FRACCIÓN PROSTÁTICA SEMIAUTOMATIZADA	$ 47.774
1328	904002	ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA	$ 107.307
1329	904405	MACROPROLACTINA	$ 104.541
1330	904710	PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE LA SOMATOMEDINA C	$ 57.200
1331	904906	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN ULTRASENSIBLE	$ 215.733
1332	904911	HORMONA PARATIROIDEA C TERMINAL	$ 163.801
1333	904913	HORMONA PARATIROIDEA MOLÉCULA MEDIA	$ 136.318
1334	904914	HORMONA PARATIROIDEA N TERMINAL	$ 174.290
1335	906001	ANTIESTREPTOLISINA AUTOMATIZADO	$ 49.891
1336	906005	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO	$ 52.900
1337	906007	Bordetella pertussi ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO	$ 52.900
1338	906019	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 48.188
1339	906020	Chlamydia trachomatis ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 49.555
1340	906025	Helicobacter pylori ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 45.811
1341	906109	Cisticerco ANTICUERPOS TOTALES	$ 60.497
1342	906132	Trypanosoma cruzi ANTICUERPOS MANUAL	$ 108.949
1343	906136	Aspergillus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.500
1344	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES	$ 61.490
1345	906242	Rubeola ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO	$ 123.596
1346	906244	Rubeola ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO	$ 129.725
1347	906256	Helicobacter pylori ANTÍGENO	$ 56.835
1348	906260	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G MANUAL	$ 75.976
1349	906261	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M MANUAL	$ 76.215
1350	906262	Hepatitis B ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] MANUAL	$ 97.485
1351	906263	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL	$ 96.884
1352	906267	Hepatitis E ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 50.500
1353	906332	Hepatitis B [HBsAg] ANTÍGENO DE SUPERFICIE PRUEBA DE NEUTRALIZACIÓN AUTOMATIZADA	$ 113.787
1354	906337	Histoplasma capsulatum ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 47.859
1355	906404	ADN CADENA SENCILLA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 77.500
1356	906410	CÉLULAS DE PURKINGE ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 176.800
1357	906411	CÉLULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 85.196
1358	906421	FACTOR ANTINÚCLEO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 106.815
1359	906425	INSULINA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 78.700
1360	906432	MITOCONDRIA ANTICUERPOS AUTOMATIZADO	$ 65.744
1361	906462	TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPOS	$ 83.666
1362	906488	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125.700
1363	906489	GANGLIOSIDOS ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 125.700
1364	906498	IDENTIFICACIÓN DE OTROS ANTICUERPOS (ESPECÍFICO) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 590.200
1365	906614	ANTÍGENO POLIPÉPTIDO DE TEJIDO O ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR SEMIAUTOMATIZADO	$ 250.162
1366	906623	FACTOR ALFA DE NECROSIS TUMORAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 237.800
1367	906720	LINFOCITOS T CD8 SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 155.099

1368	906762	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 DOBLEMENTE NEGATIVOS) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.636
1369	906763	LINFOCITOS T (CD3 CD4 CD8 RELACIÓN CD4/CD8) Y LINFOCITOS B (CD19 CD20) RECUENTO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 121.636
1370	906807	ELECTROFORESIS DE AMINOÁCIDOS EN ORINA	$ 386.330
1371	906828	INMUNOGLOBULINA G [Ig G] SEMIAUTOMATIZADO	$ 46.365
1372	906831	INMUNOGLOBULINA M [Ig M] SEMIAUTOMATIZADO	$ 45.885
1373	906835	INMUNOGLOBULINA E [Ig E] SEMIAUTOMATIZADO	$ 65.062
1374	906854	FACTOR DE CRECIMIENTO PLACENTARIO (PGIF)	$ 298.203
1375	906855	TIROSINQUINASA SOLUBLE (Sflt1)	$ 709.935
1376	906858	HEMOGLOBINAS (ESPECÍFICO) CUALITATIVA O CUANTITATIVA	$ 120.752
1377	906905	COMPLEMENTO SÉRICO C3 SEMIAUTOMATIZADO	$ 92.299
1378	906907	COMPLEMENTO SÉRICO C4 SEMIAUTOMATIZADO	$ 59.022
1379	906910	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 32.605
1380	907008	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	$ 10.203
1381	907012	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] SERIADO TRES MUESTRAS	$ 11.204
1382	907013	COPROLÓGICO SERIADO TRES MUESTRAS	$ 13.051
1383	907015	ESTEATOCRITO ÁCIDO	$ 51.392
1384	907105	RECUENTO HAMBURGUER	$ 33.484
1385	907109	DENSIDAD URINARIA	$ 16.833
1386	908320	GALACTOSA 1 - FOSFATO URIDIL TRANSFERASA ACTIVIDAD	$ 116.300
1387	908337	RELACIÓN LACTATO/PIRUVATO	$ 305.500
1388	908338	AMINOÁCIDOS CUANTITATIVOS	$ 130.000
1389	908347	ÁCIDO LÁCTICO CURVA POST GLUCOSA	$ 66.100
1390	908349	OTRAS ENZIMAS ACTIVIDAD (ESPECÍFICO)	$ 833.855
1391	908356	ÁCIDOS ORGÁNICOS DE CADENA CORTA Y MEDIA CUALITATIVO	$ 257.700
1392	908609	ACILCARNITINAS CUANTITATIVAS	$ 120.200
1393	908805	Citomegalovirus CARGA VIRAL	$ 102.100
1394	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	$ 152.900
1395	038201	NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES	$ 4.739.443
1396	039003	INSERCIÓN DE CATÉTER SUBARACNOIDEO EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA O PALIATIVA	$ 3.217.108
1397	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS	$ 26.539
1398	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)	$ 61.127
1399	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS	$ 81.006
1400	90DS04	DERECHOS DE SALA DE PARTO COMPLEJIDAD ALTA	$ 613.071
1401	V03AN01	OXIGENO POR LITRO	$ 18
1402	601t02	TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE SECUNDARIO (VALOR KILOMETRO) INTERMUNICIPAL	$ 4.400
1403	013101	DRENAJE DE ESPACIO SUBDURAL, POR CRANEOTOMÍA	$ 3.187.841
1404	020109	APERTURA DE SUTURA CRANEAL	$ 3.053.658
1405	019201	LOBECTOMÍA POR CRANIECTOMÍA	$ 2.807.677
1406	023403	DERIVACIÓN VENTRICULAR A CAVIDAD Y ÓRGANOS ABDOMINALES	$ 3.415.373
1407	024203	SUSTITUCIÓN DE DERIVACIÓN VENTRICULAR	$ 2.847.164
1408	061001	BIOPSIA DE GLÁNDULA TIROIDES VÍA ABIERTA	$ 1.542.183
1409	210203	CONTROL DE EPISTAXIS, POR TAPONAMIENTO ANTERIOR Y POSTERIOR	$ 136.300
1410	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	$ 1.704.584
1411	243203	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	$ 44.800
1412	255101	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) VÍA ABIERTA	$ 925.165
1413	275404	CORRECCIÓN DE LABIO FISURADO BILATERAL	$ 2.788.810
1414	276101	PALATORRAFIA EN Z	$ 2.962.694
1415	311301	TRAQUEOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 3.242.280
1416	345001	TORACENTESIS DIAGNÓSTICA	$ 140.400
1417	389101	IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO SUBCLAVIO O FEMORAL	$ 881.024
1418	431001	GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.699.226
1419	446201	CIERRE DE GASTROSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.664.830

1420	454203	CONTROL DE HEMORRAGIA DE COLON O RECTO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.210.698
1421	458301	COLECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 3.827.290
1422	458401	COLECTOMÍA TOTAL CON ILEOSTOMÍA Y CIERRE DE SEGMENTO DISTAL [HARTMAN] VÍA ABIERTA	$ 2.740.000
1423	459101	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO DELGADO VÍA ABIERTA	$ 2.114.690
1424	459201	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL MUÑON RECTAL VÍA ABIERTA	$ 2.067.258
1425	459301	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 2.080.536
1426	459401	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO A INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 2.114.690
1427	459501	ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO AL ANO, CON FORMACIÓN DE RESERVORIO VÍA ABIERTA	$ 2.114.690
1428	459504	ANASTOMOSIS DE INTESTINO GRUESO AL ANO VÍA ABIERTA	$ 2.490.900
1429	461301	COLOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 2.114.690
1430	468021	DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE VÓLVULO DE COLON (SIGMOIDE)	$ 2.256.040
1431	530301	HERNIORRAFIA INGUINAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	$ 1.300.997
1432	534101	HERNIORRAFIA UMBILICAL REPRODUCIDA VÍA ABIERTA	$ 1.056.272
1433	534301	HERNIORRAFIA UMBILICAL ENCARCELADA VÍA ABIERTA	$ 1.023.864
1434	535301	HERNIORRAFIA EPIGÁSTRICA ENCARCELADA VÍA ABIERTA	$ 946.663
1435	547403	EVENTRORRAFIA VÍA ABIERTA	$ 2.114.690
1436	550202	NEFROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 3.569.800
1437	571102	CISTOTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.920.828
1438	680101	HISTEROTOMÍA	$ 1.732.225
1439	687001	HISTERECTOMÍA RADICAL POR VÍA VAGINAL	$ 3.172.586
1440	690103	LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO	$ 547.220
1441	743101	REMOCIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.867.508
1442	754101	REMOCIÓN MANUAL DE PLACENTA RETENIDA O REVISIÓN UTERINA, SIN ATENCIÓN DEL PARTO	$ 547.220
1443	767301	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 1.719.718
1444	767302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 1.826.794
1445	767303	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 1.826.794
1446	767304	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCIÓN	$ 1.826.794
1447	767401	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.758.366
1448	767402	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.767.436
1449	767403	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.167.866
1450	767404	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACIÓN INTERNA	$ 3.167.866
1451	814502	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 3.108.809
1452	814503	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA	$ 3.146.211
1453	862324	ESCARECTOMÍA MENOR DEL 10 % DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.057.151
1454	862326	ESCARECTOMÍA DEL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 1.730.484
1455	862328	ESCARECTOMÍA DEL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 2.148.424
1456	862329	ESCARECTOMÍA DEL 30% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL	$ 2.148.424
1457	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	$ 94.890
1458	881212	ECOGRAFÍA DE OTROS SITIOS TORÁCICOS	$ 108.490
1459	881318	ECOGRAFÍA DE RECTO	$ 90.481
1460	881320	ECOGRAFÍA DE ANO	$ 89.876

1461	881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)	$ 91.437
1462	882132	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO	$ 377.568
1463	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL	$ 493.515
1464	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 64.900
1465	890425	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ALERGOLOGÍA	$ 88.000
1466	890436	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	$ 72.571
1467	908856	IDENTIFICACIÓN DE OTRO VIRUS (ESPECÍFICA) POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 683.772
1468	908859	IDENTIFICACIÓN SIMULTÁNEA DE MÚLTIPLES PATÓGENOS POR PRUEBAS MOLECULARES	$ 1.238.104
1469	908862	Citomegalovirus IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 102.100
1470	908868	Toxoplasma gondii IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 340.600
1471	908869	Varicela zoster IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 507.000
1472	908870	Epstein Barr IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 142.500
1473	908871	Hepatitis C IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 344.518
1474	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 351.000
1475	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304.300
1476	908880	Bordetella parapertussis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304.300
1477	908881	Haemophilus influenzae IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304.300
1478	908885	Mycobacterium tuberculosis PRUEBAS DE SENSIBILIDAD POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)	$ 304.300
1479	911007	COOMBS DIRECTO FRACCIONADO MONOESPECÍFICO (INMUNOGLOBULINAS Y FRACCIONES DEL COMPLEMENTO) POR MICROTÉCNICA	$ 47.022
1480	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA	$ 20.453
1481	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh [ANTÍGENO Rh D] POR MICROTÉCNICA	$ 31.715
1482	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR] POR MICROTÉCNICA	$ 17.872
1483	965202	CURACIÓN DE OÍDO	$ 59.008
1484	965901	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL	$ 67.503
1485	965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL	$ 68.276
1486	970201	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA	$ 214.362
1487	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	$ 30.126
1488	890735	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	$ 71.982
1489	810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	$ 12.558.945
1490	805106	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR ABIERTA	$ 3.505.829
1491	542402	BIOPSIA DE MASA INTRAABDOMINAL VÍA PERCUTÁNEA	$ 1.660.261
1492	540013	DRENAJE DE COLECCIÓN INTRAPERITONEAL VÍA ABIERTA	$ 1.617.169
1493	890702	CONSULTA DE URGENCIAS POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	$ 70.104
1494	890750	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	$ 71.982
1495	890780	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	$ 71.982
1496	890783	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	$ 71.982
1497	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ABIERTA	$ 2.563.256
1498	275101	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) EN LABIOS HASTA DE CINCO CENTÍMETROS	$ 953.592

1499	563101		URETEROSCOPIA ANTERÓGRADA DIAGNÓSTICA	$ 1.536.500
1500	834940		LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA	$ 1.023.875
1501	039203		NEUROLISIS DE NERVIOS ESPINALES POR RADIOFRECUENCIA	$ 5.487.307
1502	510002		COLECISTOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 689.800
1503	510001		COLECISTOSTOMÍA VÍA ABIERTA	$ 1.895.607
1504	653101		OOFORECTOMÍA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.519.208
1505	655101		OOFORECTOMÍA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.703.283
1506	657801		OOFOROPEXIA UNILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.605.479
1507	657803		OOFOROPEXIA BILATERAL POR LAPAROTOMÍA	$ 1.703.283
1508	911003		ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCIÓN (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA	$ 33.101
1509	911005		ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN POR MICROTÉCNICA	$ 48.810
1510	939402		NEBULIZACIÓN	$ 16.086
1511	937203		TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN	$ 35.400
1512	911006		ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACIÓN EN TUBO	$ 48.343
1513	389002		COLOCACIÓN CATÉTER ARTERIAL PERIFÉRICO (LÍNEA ARTERIAL)	$ 130.552
1514	711001		VULVOSCOPIA	$ 500.000
1515	219504		SEPTOPLASTIA REVISIONAL TRANSNASAL	$ 2.593.956
1516	883322		RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON MAPEO DE LA VELOCIDAD DE FLUJO	$ 1.190.000
1517	883324		RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN FUNCIONAL	$ 1.190.000
1518	977101		EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)	$ 401.565
1519	975101		EXTRACCIÓN DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	$ 233.600
1520	574101		ABLACIÓN DE ADHERENCIAS INTRALUMINALES VESICALES TRANSURETRAL	$ 2.490.900
1521	681201		HISTEROSCOPIA	$ 586.717
1522	602005		ADENOMECTOMÍA POR ABLACIÓN DE PRÓSTATA	$ 4.199.000
1523	015311		RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE LA BASE DEL CRÁNEO FOSA MEDIA VÍA TRANSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA	$ 14.000.000
1524	601T02		TRASLADO ASISTENCIAL TERRESTRE SECUNDARIO URBANO (SINCELEJO)	$ 112.602
1525	890202		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR EPILEPTOLOGIA)	$ 78.712
1526	890202		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE MANO)	$ 78.712
1527	890202		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR UROLOGIA PEDIATRICA)	$ 78.712
1528	890202		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ELECTROFISIOLOGIA)	$ 78.712
1529	890202		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PERINATOLOGIA)	$ 78.712
1530	890202		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR GINECOLOGIA LAPAROSCOPICA)	$ 78.712
1531	890202		CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTOLOGIA)	$ 78.712
1532	890302		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EPILEPTOLOGIA)	$ 86.122
1533	890302		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR CIRUGIA DE MANO)	$ 86.122
1534	890302		CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR UROLOGIA PEDIATRICA)	$ 86.122

1535	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ELECTROFISIOLOGIA)	$ 86.122
1536	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PERINATOLOGIA)	$ 86.122
1537	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA LAPAROSCOPICA)	$ 86.122
1538	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS (CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTOLOGIA)	$ 86.122
1539	287101	CONTROL DE HEMORRAGIA POS AMIGDALECTOMÍA	$ 1.236.806
1540	579401	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO URINARIO (VESICAL)	$ 47.800
1541	675103	CERCLAJE DE ISTMO UTERINO POR VÍA VAGINAL	$ 962.800
1542	686001	HISTERECTOMÍA RADICAL POR LAPAROTOMÍA	$ 3.007.919
1543	815102	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL EN ARTRODESIS DE CADERA	$ 3.628.993
1544	815103	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL PRIMARIO SIMPLE DE CADERA	$ 3.628.993
1545	815201	REEMPLAZO PARCIAL DE CADERA	$ 2.873.647
1546	815301	REVISIÓN REEMPLAZO PROTÉSICO PARCIAL DE CADERA	$ 2.984.304
1547	839601	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA	$ 25.550
1548	861104	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS	$ 697.024
1549	865203	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 709.973
1550	868402	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO	$ 1.716.655
1551	868503	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA ESPECIAL (CARA, CUELLO, MANOS, PIES, PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES), MÁS DE CINCO	$ 1.986.506
1552	868504	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE UNA A DOS	$ 1.564.862
1553	868505	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), ENTRE TRES A CINCO	$ 1.781.010
1554	868506	PLASTIA EN Z O W EN MANO (SIN INCLUIR DEDOS), MÁS DE CINCO	$ 1.848.545
1555	868507	PLASTIA EN Z, EN CADA DEDO DE LA MANO O DEL PIE	$ 1.141.779
1556	868510	PLASTIA EN Z O W, EN ZONAS DE FLEXIÓN	$ 1.755.860
1557	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA	$ 466.682
1558	883321	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON VALORACIÓN DE LA MORFOLOGÍA (CARACTERIZACIÓN TISULAR)	$ 1.190.000
1559	883441	RESONANCIA MAGNÉTICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO	$ 862.449
1560	883908	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VASOS	$ 1.861.900
1561	905706	ALCOHOL ETÍLICO SEMIAUTOMATIZADO	$ 44.759
1562	905707	ALCOHOL METÍLICO [FORMALDEHÍDO] MANUAL	$ 62.300
1563	905716	CANNABINOIDES AUTOMATIZADO	$ 46.900
1564	905724	COCAÍNA O METABOLITOS MANUAL	$ 80.005
1565	042310	NEUROLISIS DE NERVIO EN BRAZO VÍA ABIERTA	$ 1.791.584
1566	042312	NEUROLISIS DE NERVIO EN ANTEBRAZO VÍA ABIERTA	$ 1.791.584
1567	042314	NEUROLISIS EN NERVIO DE MANO VÍA ABIERTA	$ 2.257.906
1568	431002	GASTROSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA (ENDOSCÓPICA)	$ 1.900.471
1569	042323	NEUROLISIS DE NERVIO EN PIE EXCEPTO DEDO DE PIE VÍA ABIERTA	$ 744.278
1570	044304	DESCOMPRESIÓN DE NERVIO EN TÚNEL DEL CARPO CON NEUROLISIS VÍA ABIERTA	$ 2.230.406
1571	048201	INYECCIÓN DE AGENTE ANESTÉSICO PARA NERVIO PERIFÉRICO	$ 622.411
1572	454210	ABLACIÓN DE LESIÓN EN INTESTINO GRUESO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.761.475
1573	067001	RESECCIÓN DE QUISTE O CONDUCTO TIROGLOSO VÍA ABIERTA	$ 2.192.816
1574	301402	CORDECTOMÍA PARCIAL VÍA ENDOSCÓPICA	$ 3.288.399
1575	429401	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O LESIÓN LOCALIZADA EN ESÓFAGO CON REPARO PRIMARIO, VÍA CERVICAL	$ 3.243.860
1576	490401	ESCISIÓN DE LESIÓN O TEJIDO PERIANAL VÍA ABIERTA	$ 1.602.649
1577	492301	BIOPSIA DE ANO	$ 559.198
1578	497301	FISTULECTOMÍA ANO-VESTIBULAR	$ 1.772.106

1579	512301	LITOTRIPSIA BILIAR POR COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	$ 4.634.449
1580	518501	ESFINTERECTOMÍA Y PAPILOTOMÍA, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.918.593
1581	518801	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULOS DE LAS VÍAS BILIARES CON ESFINTEROTOMIA	$ 3.560.885
1582	518902	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN VÍA BILIAR VÍA ENDOSCÓPICA	$ 4.376.715
1583	543301	ESCISIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL CON ROTACIÓN DE COLGAJO	$ 4.048.030
1584	543303	RESECCIÓN DE LESIÓN AMPLIA EN LA PARED ABDOMINAL	$ 2.304.918
1585	800101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	$ 904.223
1586	800102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA	$ 1.003.145
1587	800202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMÍA	$ 1.563.108
1588	800301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA	$ 1.236.142
1589	802601	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA	$ 1.571.990
1590	806102	MENISECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA	$ 1.872.915
1591	806103	MENISCECTOMÍA MEDIAL O LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.469.667
1592	806104	MENISCECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.469.667
1593	807603	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA	$ 2.792.124
1594	807604	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA	$ 2.189.805
1595	808602	EXTRACCIÓN DE CUERPOS LIBRES INTRA-ARTICULARES DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 1.819.934
1596	814504	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 3.297.512
1597	814505	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 3.391.233
1598	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA	$ 3.158.683
1599	814722	SUTURA DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.321.860
1600	814724	REMODELACIÓN DE MENISCO MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA	$ 3.185.330
1601	814725	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN PARA ZONA PATELAR POR ARTROSCOPIA	$ 3.008.621
1602	814731	CONDROPLASTIA DE RODILLA POR ARTROSCOPIA	$ 3.054.519
1603	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 2.922.667
1604	867001	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL HASTA DE DOS CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.541.139
1605	867002	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL ENTRE DOS A CINCO CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.360.858
1606	867004	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 2.891.023
1607	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL	$ 62.400
1608	881702	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS CON MARCACIÓN	$ 226.883
1609	890229	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 112.383
1610	890230	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 211.862
1611	890233	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 123.147
1612	890238	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 107.873
1613	890252	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 192.000
1614	890253	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	$ 252.671
1615	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 121.962
1616	890269	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 171.998
1617	890271	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 176.700

1618	890275	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 192.000
1619	890281	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 132.000
1620	890329	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 106.798
1621	890333	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 123.147
1622	890338	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 102.816
1623	890352	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 180.000
1624	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	$ 121.515
1625	890369	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 170.538
1626	890371	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	$ 151.500
1627	890375	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 192.000
1628	890381	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 132.000
1629	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	$ 8.807.970
1630	890433	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	$ 142.413
1631	890438	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	$ 114.767
1632	890445	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 184.998
1633	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	$ 114.407
1634	890447	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 236.286
1635	890451	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	$ 240.000
1636	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 139.198
1637	890469	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 226.319
1638	890475	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 300.000
1639	890481	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 155.341
1640	890488	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	$ 174.859
1641	891401	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL	$ 257.259
1642	891402	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	$ 153.085
1643	891901	MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	$ 230.115
1644	893805	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN PRE Y POST BRONCODILATADORES	$ 124.993
1645	893808	ESPIROMETRÍA O CURVA DE FLUJO VOLUMEN SIMPLE	$ 64.127
1646	893820	PRUEBA DE BRONCOMOTRICIDAD CON EJERCICIO	$ 263.674
1647	893823	MEDICIÓN DE CALORIMETRÍA INDIRECTA	$ 133.016
1648	896101	MONITOREO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)	$ 451.863
1649	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES	$ 373.056
1650	890245	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 131.846
1651	890345	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 131.846
1652	441301	ESOFAGOGASTRODUODEOSCOPIA [EGD] CON EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO	$ 1.045.696
1653	441302	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	$ 1.000.245
1654	452301	COLONOSCOPIA TOTAL	$ 2.094.871
1655	452305	COLONOSCOPIA TOTAL CON O SIN BIOPSIA	$ 2.041.007

1656	482301	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	$ 786.650
1657	452401	SIGMOIDOSCOPIA FLEXIBLE O RÍGIDA	$ 1.014.672
1658	542803	PARACENTESIS ABDOMINAL TERAPÉUTICA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.946.752
1659	7DS006	DERECHOS DE SALA DE PROCEDIMIENTOS ESPECIAL	$ 71.950
1660	311302	TRAQUEOSTOMÍA VÍA PERCUTÁNEA	$ 3.629.936
1661	340401	TORACOSTOMÍA CERRADA PARA DRENAJE	$ 2.654.791
1662	385202	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA ARTERIAL EN ZONA II DEL CUELLO	$ 3.659.342
1663	385601	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE ARTERIAS ABDOMINALES, UNA O MÁS (SELECTIVAS)	$ 1.932.691
1664	423301	POLIPECTOMÍA DE ESÓFAGO VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.912.567
1665	890299	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 158.256
1666	890330	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 180.099
1667	890353	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	$ 236.572
1668	890399	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 158.256
1669	890430	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	$ 232.526
1670	890452	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 316.800
1671	890498	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA	$ 194.404
1672	911019	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO INVERSA [HEMOCLASIFICACIÓN SERICA] POR MICROTÉCNICA	$ 36.846
1673	202501	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA INTRATIMPÁNICA	$ 220.600
1674	385205	OCLUSIÓN, PINZAMIENTO O LIGADURA DE VASOS DE CABEZA Y CUELLO	$ 3.606.250
1675	814733	CONDROPLASTIA DE RODILLA CON INJERTO AUTÓLOGO O ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA	$ 3.519.228
1676	865204	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA	$ 1.209.050
1677	865205	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS	$ 622.500
1678	865206	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES	$ 1.208.900
1679	867003	COLGAJO LOCAL SIMPLE DE PIEL DE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS CUADRADOS	$ 1.728.600
1680	868403	PLASTIA EN Z O W EN ÁREA GENERAL, MÁS DE CINCO	$ 1.980.050
1681	881412	ECOGRAFÍA DE MAPEO PÉLVICO	$ 510.700
1682	389103	INSERCIÓN DE CATÉTER CENTRAL, VÍA PERIFÉRICA	$ 192.700
1683	021105	SUTURA SIMPLE DE DURAMADRE CEREBRAL	$ 4.119.100
1684	389401	DISECCIÓN VENOSA	$ 66.577
1685	544104	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 2.543.767
1686	544106	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 1.712.433
1687	561101	MEATOTOMÍA URETERAL VÍA ABIERTA	$ 2.170.483
1688	820301	BURSOTOMÍA DE MANO	$ 799.450
1689	836001	SUTURA DE MUSCULO O TENDÓN O FASCIA O APONEUROSIS VÍA ABIERTA	$ 955.633
1690	852301	MASTECTOMÍA SUBTOTAL	$ 3.070.525
1691	862510	DERMOABRASIÓN (QUÍMICA O MECÁNICA) EN AREA ESPECIAL EN CARA O CUELLO	$ 1.542.183
1692	814707	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL MÁS REALINEACIÓN DISTAL O PROXIMAL POR ARTROSCOPIA	$ 2.712.474
1693	867103	COLGAJO CUTÁNEO A DISTANCIA, EN VARIOS TIEMPOS	$ 3.173.049
1694	822107	RESECCIÓN DE GANGLIÓN PALMAR DE MUÑECA VÍA ARTROSCÓPICA	$ 3.573.227
1695	891509	NEUROCONDUCCIÓN (CADA NERVIO)	$ 147.759
1696	891513	PRUEBA FUNCIONAL DE RESPUESTA A MEDICAMENTOS	$ 864.000
1697	891515	REFLEJO H (POR NERVIO)	$ 136.157
1698	891703	POLISOMNOGRAMA EN TITULACIÓN DE DISPOSITIVO MÉDICO	$ 1.647.600
1699	891704	ESTUDIO FISIOLÓGICO COMPLETO DEL SUEÑO [POLISOMNOGRAFÍA]	$ 2.547.200

1700	892001	URODINAMIA ESTÁNDAR	$ 320.000
1701	892401	UROFLUJOMETRÍA	$ 160.000
1702	892801	CISTOMETRÍA	$ 200.000
1703	892903	PENOSCOPIA	$ 160.000
1704	877862	URETROCISTOGRAFÍA MICCIONAL	$ 476.901
1705	903035	OSTEOCALCINA	$ 110.650
1706	903432	NUCLEOTIDASA 5	$ 66.870
1707	906333	Aspergillus spp ANTÍGENO (GALACTOMANAN) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 248.600
1708	906424	HISTONA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	$ 147.650
1709	930860	ELECTROMIOGRAFÍA EN CADA EXTREMIDAD (UNO O MÁS MÚSCULOS)	$ 147.759
1710	933601	TERAPIA DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR	$ 79.701
1711	883301	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL TÓRAX	$ 837.250
1712	879431	UROGRAFÍA CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA	$ 849.750
1713	193101	ESTAPEDECTOMÍA O ESTAPEDOTOMÍA CON COLOCACIÓN DE PRÓTESIS	$ 7.348.650
1714	194107	TIMPANOPLASTIA CON REVISIÓN DE LA CADENA OSICULAR	$ 5.547.308
1715	200104	TIMPANOSTOMÍA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO	$ 2.492.632
1716	209101	REVISIÓN DE MASTOIDECTOMÍAS O MASTOIDOPLASTIAS	$ 5.448.821
1717	209604	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE CONDUCCIÓN ÓSEA	$ 74.400.000
1718	553104	ESCISIÓN LOCAL O ABLACIÓN DE LESIÓN RENAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.627.186
1719	557021	NEFROPEXIA POR LAPAROSCOPIA	$ 12.445.758
1720	558602	NEFRO-PIELO-URETEROSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.117.758
1721	563321	BIOPSIADE URÉTER VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.542.433
1722	564111	URETERECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA	$ 6.633.142
1723	564140	ACORTAMIENTO O REMODELACIÓN DE URÉTER CON REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 13.117.758
1724	564211	URETERECTOMÍA TOTAL O RESIDUAL POR LAPAROSCOPIA	$ 7.613.350
1725	565902	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URETERO INTESTINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.312.000
1726	566202	REVISIÓN DE ESTOMA DE URETEROSTOMÍA CUTÁNEA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 14.400.000
1727	567402	URETERONEOCISTOSTOMÍA POR ANASTOMOSIS O REIMPLANTACIÓN URETEROVESICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.312.000
1728	567404	URETERONEOCISTOSTOMÍA CON TÉCNICA DE ALARGAMIENTO VESICAL (CON COLGAJO O PLIEGUE VESICAL) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.312.000
1729	567406	REANASTOMOSIS URETERO-VESICAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.312.000
1730	568202	SUTURA DE LACERACIÓN DE URÉTER O URETERORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.445.758
1731	568404	FISTULECTOMÍA VESICO-URETERO-VAGINAL Y REIMPLANTE URETERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.433.050
1732	568904	RESECCIÓN DE URETEROCELE Y REIMPLANTE DE URÉTER IPSILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.312.000
1733	568907	REEMPLAZO DE URÉTER CON SEGMENTO ILEAL IMPLANTADO EN VEJIGA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 12.312.000
1734	569102	LIGADURA DE URÉTER VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 14.400.000
1735	570504	HEMOSTASIA O CONTROL DE HEMORRAGIA POR ABLACIÓN	$ 3.274.100
1736	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 96.000
1737	457102	COLECTOMÍA PARCIAL CON COLOSTOMÍA O ILEOSTOMÍA Y FÍSTULA MUCOSA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.640.504
1738	511001	COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA	$ 2.891.624
1739	544105	OMENTECTOMÍA PARCIAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.420.290
1740	544107	OMENTECTOMÍA TOTAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.859.310
1741	547404	EVENTRORRAFIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.813.907
1742	686011	HISTERECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 6.695.383
1743	686110	HISTERECTOMÍA RADICAL MODIFICADA POR LAPAROSCOPIA	$ 6.142.163

1744	555608	RESECCIÓN DE RIÑÓN UNILATERAL TOTAL [NEFRECTOMÍA SIMPLE] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.499.929
1745	558121	NEFRORRAFIA POR LAPAROSCOPIA	$ 12.445.758
1746	558606	ANASTOMOSIS URETERO CALICIAL O NEFROCALICOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 10.668.809
1747	558811	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS PIÉLICAS O URETEROPIÉLICAS POR LAPAROSCOPIA	$ 2.632.972
1748	565302	APENDICOVESICOSTOMÍA CUTÁNEA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 9.844.101
1749	568702	URETEROPLASTIA O ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL DE URÉTER POR LAPAROSCOPIA	$ 9.448.101
1750	818202	REPARACIÓN DE LUXACIÓN RECURRENTE DE HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA	$ 4.118.263
1751	438402	GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] POR LAPAROSCOPIA	$ 17.630.733
1752	438502	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1753	438504	CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL [MANGA GÁSTRICA] A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1754	449305	REVISIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA	$ 19.765.965
1755	449307	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA CON DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 20.639.565
1756	449401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAGÁSTRICO RESTRICTIVO POR ENDOSCOPIA	$ 1.089.092
1757	449403	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO PERIGÁSTRICO RESTRICTIVO (FIJO O AJUSTABLE) POR LAPAROSCOPIA	$ 19.765.965
1758	449602	BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA	$ 17.330.922
1759	449802	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1760	449804	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1761	449806	REVERSIÓN DE BAIPÁS O DERIVACIÓN O PUENTE GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1762	449902	REINTERVENCIÓN O REVISIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1763	449904	CONVERSIÓN DE CIRUGÍA TIPO DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA A OTRA CIRUGÍA POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1764	449906	REVERSIÓN DE DERIVACIÓN BILIOPANCREÁTICA POR LAPAROSCOPIA	$ 20.841.165
1765	186202	RECONSTRUCCIÓN DE MEATO AUDITIVO EXTERNO	$ 4.979.304
1766	837601	TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS DE HOMBRO	$ 4.723.500
1767	072502	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL UNILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 7.269.361
1768	072602	SUPRARRENALECTOMÍA TOTAL BILATERAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 13.781.952
1769	348203	SUTURA DE LACERACIÓN DIAFRAGMÁTICA VÍA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA	$ 5.857.403
1770	416202	ESPLENONEUMOPEXIA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.389.632
1771	439202	RECONSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL EN Y DE ROUX VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 10.684.204
1772	454102	RESECCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.723.998
1773	502002	RESECCIÓN DEL DOMO DE QUISTE HEPÁTICO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 8.351.300
1774	510005	CIERRE DE COLECISTOSTOMÍA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.144.013
1775	535002	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581
1776	535102	REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL (EVENTRACIÓN) VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581
1777	536302	HERNIORRAFIA PERINEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581
1778	536702	HERNIORRAFIA PERINEAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581
1779	536802	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581
1780	536804	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581
1781	536902	HERNIORRAFIA PARAESTOMAL ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581

1782	536904	HERNIORRAFIA SEMILUNAR [SPIEGEL] ENCARCELADA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.050.581
1783	541505	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.334.704
1784	541507	RESECCIÓN DE TUMOR RETROPERITONEAL CON DISECCIÓN DE ESTRUCTURAS VASCULARES U ÓRGANOS RETROPERITONEALES VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.334.704
1785	541602	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA O MALIGNA EN EPIPLON O EN MESENTERIO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.194.119
1786	541902	CITORREDUCCIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.956.598
1787	542002	EXPLORACIÓN INGUINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 5.664.596
1788	543202	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO EN LA PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 4.046.846
1789	547502	REPARACIÓN DE DIASTASIS DE RECTOS ABDOMINALES VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.578.805
1790	547504	PLASTIA DE PARED ABDOMINAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 11.895.552
1791	547506	RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL ANATÓMICA Y FUNCIONAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.198.799
1792	549007	COLOCACIÓN DE CATÉTER PARA DIÁLISIS PERITONEAL VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 3.252.948
1793	704202	VAGINECTOMÍA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	$ 10.307.815
1794	954626	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA MEDICIÓN DE INTEGRIDAD	$ 289.080
1795	954107	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AÉREOS Y ÓSEOS CON ENMASCARAMIENTO [AUDIOMETRÍA TONAL]	$ 60.700
1796	954301	LOGOAUDIOMETRÍA	$ 60.700
1797	954302	INMITANCIA ACÚSTICA (IMPEDANCIOMETRÍA)	$ 63.600
1798	021106	PLASTIA DURAL CON INJERTO	$ 4.119.100
1799	883104	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL	$ 1.400.000
1800	895003	PRUEBA DE MESA BASCULANTE	$ 634.000
1801	901318	Sarcoptes EXAMEN DIRECTO	$ 4.767
1802	902050	HEPARINA COFACTOR II	$ 304.370
1803	954108	AUDIOMETRÍA DETALLADA DE FRECUENCIAS ESPECÍFICAS	$ 160.800
1804	954305	ACUFENOMETRÍA [TINNITUGRAMA]	$ 42.200
1805	954306	EVALUACIÓN ELECTROACÚSTICA FUNCIONAL DE LA TROMPA DE EUSTAQUIO	$ 120.000
1806	954402	ELECTRONISTAGMOGRAFÍA [ENG] O FOTOELECTRONISTAGMOGRAFÍA	$ 676.200
1807	954602	ELECTROCOCLEOGRAFÍA [ECOG]	$ 510.700
1808	954610	LIBERACIÓN Y REPOSICIONAMIENTO CANALICULAR (TERAPIA DE REHABILITACIÓN VESTIBULAR PERIFÉRICA)	$ 86.090
1809	954630	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE LATENCIA MEDIA Y LATENCIA TARDÍA	$ 289.100
1810	954801	EVALUACIÓN Y ADAPTACIÓN DE PRÓTESIS Y AYUDAS AUDITIVAS	$ 145.400
1811	434501	MUCOSECTOMÍA GÁSTRICA, VÍA ENDOSCÓPICA	$ 2.095.650
1812	566002	URETEROSTOMÍA CUTÁNEA VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 6.849.182
1813	043103	NEURORRAFIA DE NERVIO EN BRAZO	$ 2.475.765
1814	043104	NEURORRAFIA DE NERVIO EN ANTEBRAZO	$ 2.423.922
1815	043105	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MANO	$ 1.847.142
1816	043106	NEURORRAFIA DE NERVIO COLATERAL EN DEDO DE MANO	$ 1.377.063
1817	043107	NEURORRAFIA DE NERVIO EN MUSLO	$ 2.630.754
1818	043108	NEURORRAFÍA DE NERVIO EN PIERNA	$ 2.730.071
1819	043109	NEURORRAFIA DE NERVIO EN PIE	$ 1.607.671
1820	209605	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE DISPOSITIVO DE OÍDO MEDIO	$ 79.200.000
1821	209606	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR CON PRESERVACIÓN DE RESTOS AUDITIVOS	$ 74.400.000
1822	209607	IMPLANTACIÓN O SUSTITUCIÓN DE PRÓTESIS COCLEAR SIN PRESERVACIÓN DE RESTOS AUDITIVOS	$ 74.400.000
1823	389501	CATETERIZACIÓN VENOSA PARA DIÁLISIS RENAL	$ 1.469.382

1824	392702	FORMACIÓN DE FÍSTULA AV (PERIFÉRICA) PARA DIÁLISIS RENAL CON PRÓTESIS [DERIVACIÓN AV POR CÁNULA EXTERNA DE SCRIBNER] [INSERCIÓN DE CÁNULA VASO A VASO]	$ 1.924.815
1825	423304	INYECCIÓN (ESCLEROSIS) DE VÁRICES ESOFÁGICAS VÍA ENDOSCÓPICA	$ 1.433.983
1826	429405	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO	$ 1.831.200
1827	877815	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA	$ 584.322
1828	877816	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	$ 1.128.719
1829	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA	$ 1.060.610
1830	890297	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGÍA	$ 79.100
1831	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 96.000
1832	890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGÍA	$ 79.100
1833	891410	ELECTROENCEFALOGRAMA DIGITAL CON MAPEO CEREBRAL	$ 456.000
1834	891503	REFLEJO NEUROLÓGICO TRIGÉMINO FACIAL (PALPEBRAL)	$ 172.800
1835	891514	ONDA F (POR NERVIO)	$ 136.157
1836	892501	PERFIL DE PRESIÓN URETRAL	$ 180.000
1837	893910	PRUEBA DE SENSIBILIZACIÓN CON ALÉRGENO VÍA ORAL [PROVOCACIÓN]	$ 378.075
1838	933501	TERAPIA DE REHABILITACIÓN PULMONAR	$ 84.000
1839	954629	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA CON CURVA FUNCIÓN INTENSIDAD-LATENCIA	$ 2.475.000
1840	954632	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA AUTOMATIZADOS MEDICIÓN DE MADURACIÓN	$ 220.000
1841	960801	INSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE SONDA NASOYEYUNAL	$ 1.143.050
1842	991203	INMUNOTERAPIA CON EXTRACTO ALERGÉNICO POR VÍA SUBLINGUAL.	$ 425.800
1843	991206	DESENSIBILIZACIÓN A MEDICAMENTO POR VÍA ORAL	$ 890.000
1844	040004	RESECCIÓN DE LESIÓN DE NERVIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO VÍA TRANSLABERÍNTICA	$ 26.600.000
1845	552602	BIOPSIA RIÑÓN POR LAPAROTOMÍA	$ 1.542.183
1846	042202	NEUROLISIS DE NERVIO VIDIANO POR ELECTROCOAGULACIÓN O ESCISIÓN	$ 3.464.950
1847	042315	NEUROLISIS DE NERVIOS EN DEDOS DE MANO VÍA ABIERTA	$ 1.510.164
1848	042325	NEUROLISIS DE OTRO NERVIO PERIFÉRICO VÍA ABIERTA	$ 127.000
1849	062001	TIROIDECTOMÍA PARCIAL VÍA ABIERTA	$ 3.158.604
1850	064101	TIROIDECTOMÍA TOTAL VÍA ABIERTA	$ 3.464.950
1851	883325	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CORAZÓN CON ESTRÉS (FÍSICO O FARMACOLÓGICO)	$ 3.300.000
1852	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO	$ 2.033.905
1853	954628	POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE CORTA LATENCIA POR VÍA ÓSEA	$ 289.100
1854	853104	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL	$ 6.916.554
1855	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	$ 975.995
1856	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	$ 1.018.047
1857	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	$ 789.684
1858	108A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	$ 1.858.914
1859	109A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	$ 1.562.156
1860	110A01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	$ 1.376.316
1861	129A01	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 405.000
1862	129A02	INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 350.830
1863	130A01	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)	$ 405.000
1864	130A02	INTERNACIÓN PEDIÁTRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	$ 303.000

1865	120B01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO BÁSICO NEONATAL (CUNA O INCUBADORA)	$ 289.852
1866	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA	$ 129.745
1867	682501	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA POR VÍA VAGINAL	$ 1.226.400
1868	682510	ABLACIÓN ENDOMETRIAL O ENDOMETRECTOMÍA POR HISTEROSCOPIA	$ 1.771.364
1869	805918	ABLACIÓN DE FORAMEN NEURAL LUMBAR (FORAMINOPLASTIA) VÍA ABIERTA	$ 14.400.000
1870	053102	BLOQUEO DE PLEJO BRAQUIAL	$ 385.084
1871	793306	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA	$ 1.784.732
1872	793713	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA	$ 2.475.765
1873	883434	COLANGIORESONANCIA	$ 1.352.800
1874	992801	INYECCIÓN O INFUSIÓN DE MODIFICADOR DE RESPUESTA BIOLÓGICA	$ 246.300
1875	890264	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	$ 121.350
1876	890288	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	$ 110.000
1877	890364	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	$ 156.500
1878	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 100.000
1879	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO (VALOR KILOMETRO) INTERMUNICIPAL	$ 7.000
1880	602T02	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE SECUNDARIO URBANO (SINCELEJO)	$ 250.000
1881	890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 130.000
1882	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	$ 130.000
1883	890388	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	$ 110.000
1884	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	$ 120.000
1885	890320	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	$ 100.000
1886	465103	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO DELGADO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.142.255
1887	465201	CIERRE DE ESTOMA DE INTESTINO GRUESO VÍA ABIERTA	$ 2.297.244
1888	465203	CIERRE ESTOMA DEL INTESTINO GRUESO VÍA LAPAROSCÓPICA	$ 2.142.255

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

REF: Proceso De Selección De Menor Cuantía **PN RASES8 SA No._____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 HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"**

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)

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

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

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 SLAUD No.8**, en especial, que no aparezco o aparecemos reportados en el boletín de Responsable Fiscales vigente expedido por la Contraloría General de la República, de acuerdo con lo previsto en el artículo 60 de la Ley 610 de 2000, en concordancia con el numeral 4 del artículo 38 de la Ley 734 de 2002
El proponente:

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

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL
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 _____ 2025** cuyo objeto es: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"**

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 pública, me permito presentar, en nombre de Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de contratación de mínima cuantía cuyo objeto es: **LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"**

Conforme a la información suministrada en los términos establecidos en el pliego de condiciones y/o invitación publica 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/o invitación publica de conformidad con el formulario "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 incompatibilidades determinadas por la Constitución Política y la Ley aplicable.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. Que, en caso de resultar favorecidos en la adjudicación del proceso de selección y contratación, los pagos que se pacten dentro del contrato respectivo, deberán consignarse en la cuenta de

_____ No. _____ entidad bancaria _____ sucursal _____ ciudad _____ país: Colombia.

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

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA.

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia	FORMATO 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	PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA
Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio Fotocopia Registro Único Tributario (RUT)	Fotocopia Cédula de Ciudadanía Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista) Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia o otro documento que acredite el extranjero **Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.**
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	

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

2. INFORMACIÓN BASICA

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

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 PARTICIPACIÓN: _____

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

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

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

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

4. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

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

5. UBICACIÓN

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

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

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:	
Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por las incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su(s) hijo(s) menor(es)	
Donatarios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

7. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

		Espacio para ser diligenciado por la U.E. Código Interno Número:			
Entidad Financiera			Número de Cuenta		
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente		Ahorro		Depósito Electrónico

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

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: el único formato 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 Dominio 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:

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 Domicio 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 HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"**

El proponente:

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

FORMULARIO No. 5

CERTIFICACION DE CAPACIDAD OPERATIVA Y ADMINISTRATIVA

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

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

Atentamente:

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

FORMULARIO No. 6

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN** del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"

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

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

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

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

1.3. El proponente se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento

de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de selección abreviada y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a. No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de **la Regional de Aseguramiento en Salud No.8**, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.
b. No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de **la Regional de Aseguramiento en Salud No.8** durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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

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

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

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

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

El proponente:

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

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

FORMULARIO No. 7

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Acuerdo de confidencialidad del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"

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 Regional de Aseguramiento en Salud No.8 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 **Regional de Aseguramiento en Salud No.8** o por terceros formalmente designados para el efecto.

2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **contrato**, la información que le sea entregada directamente por la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8** y/o sus designados.

3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **contrato**.

4. Mantener en reserva y no divulgar la información protegida por derechos de autor o por secreto industrial de acuerdo a la normatividad vigente y que haga parte de la **información confidencial**.

5. Reconocer que el recibo de la **información confidencial** no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas, patentes, derechos de autor, o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual de la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**.

6. Suscribir, con antelación a la revelación de la **información confidencial**, los acuerdos de confidencialidad que se ajustan a todo lo dispuesto en el presente acuerdo con todos sus empleados y/o familiares de los mismos, contratistas, subcontratistas, proveedores y demás personas naturales o jurídicas que haya involucrado, 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 **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**.

12. No acceder, copiar, reproducir, distribuir o transmitir por ningún medio conocido o por conocer la **información confidencial**, en todo o en parte, sin previo y escrito consentimiento de la **Regional de Aseguramiento en Salud No.8**

13. Cumplir con la confidencialidad en las mismas condiciones y formas, y con el mismo cuidado con que realiza la protección de la información confidencial.

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 8

FORMATO GESTION AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Ref. proceso de selección abreviada Menor cuantía Número **PN RASES8 SA _____ - 2026** cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"

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 **POLICÍA NACIONAL – 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

FORMULARIO No. 9

EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8
Ciudad.

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"

RELACIÓN DE CONTRATOS CON LOS QUE CUMPLE EXPERIENCIA REGISTRADA EN EL RUP- EXPERIENCIA DEL PROPONENTE.

CONSECUTIVO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD *			% PART	VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (SMMLV)	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA LA CERTIFICACIÓN PRESENTADA EN LA OFERTA	FOLIO EN QUE SE ENCUENTRA REGISTRADA LA EXPERIENCIA EN EL RUP.
				I	UT	C				
1	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
2	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
3	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
4	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
5	Nombre del contratante	DD/MM/AA	DD/MM/AA	☐	☐	☐	%	00	00	00
TOTAL								00		

*** I: INDIVIDUAL, UT: UNIÓN TEMPORAL, C: CONSORCIO**

Nota: el diligenciamineto del presente formulario se hará conforme a las condiciones establacidas en el pliego de condiciones definitivo publicado por la entidad

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. 10

Señores.
POLICÍA NACIONAL –
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: **"LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"**

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. 11

CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL – REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8
Ciudad.

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"

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. 12

CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
POLICÍA NACIONAL –
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8
Ciudad.

Referencia: Clasificación del proponente extranjero de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"

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 Unidad Ejecutora de la Policía Nacional para verificar la información suministrada.

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

FORMULARIO No. 13

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Apoyo a la industria nacional del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número Diligenciar el número del proceso cuyo objeto es: LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD COMPLEMENTARIOS INTRAMURAL EN LOS AMBITOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS, QUE INCLUYE ESPECIALIDADES Y SUBESPECIALIDADES MEDICAS; DE APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO, URGENCIAS MEDICAS Y QUIRÚRGICAS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD; ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD, PARA LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO. 8, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SUCRE"

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 17

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

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

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

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

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

- Azul (Sobresaliente): El desempeño supera las metas establecidas, evidenciando una gestión excepcional y un valor agregado en la ejecución.
- Verde (Óptimo): El resultado cumple plenamente con los estándares y cronogramas pactados, situándose dentro del rango de normalidad esperado.
- Amarillo (Insuficiente): Se identifican desviaciones menores o metas alcanzadas parcialmente. Requiere atención inmediata y ajustes para evitar el escalamiento a niveles críticos.
- Rojo (Deficiente): El resultado está significativamente por debajo de los niveles mínimos aceptables, indicando un incumplimiento que compromete los objetivos del contrato.

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

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

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

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad	Proporción de satisfacción global del usuario del servicio	**Numerador**: Número de usuarios que califican como buena o muy buena su experiencia global respecto a la atención recibida **Denominador**: Número total de usuarios que respondieron la encuesta de satisfacción.	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%

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

5. Periodicidad de medición	Mensual
6.Progresividad de la medición La evaluación del indicador se realizará de forma gradual para permitir el despliegue de las herramientas de captura de información y la implementación de planes de mejora en el servicio: **Mes 1:** El objetivo principal será alcanzar el tamaño de muestra mínimo representativo (el 10% de los usuarios atendidos); el contratista deberá presentar un informe de barreras detectadas. **Mes 2 a Mes 4:** Se exigirá un cumplimiento mínimo del 80% sobre la meta establecida (si la meta es 90% de satisfacción, el umbral de aceptación será 70%), el prestador debe demostrar que ha implementado acciones correctivas sobre las quejas del mes anterior. **Mes 5 en adelante:** Cumplimiento del 100% de la meta pactada. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Res 1446 de 2006
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	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	<10 10 >10 >15

Indicador Nro. 2 1. Tiempo: promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Especializada	
2. Descripción: Mide el número de días que transcurren, en promedio, desde el momento en que un usuario solicita una cita de medicina especializada de primera vez hasta la fecha efectiva en que la institución le asigna el espacio en la agenda. Este indicador evalúa la oportunidad en el acceso a la atención especializada y la capacidad de respuesta de la red prestadora, permitiendo identificar barreras administrativas o falta de oferta de especialistas.	
3. Unidad de medida: Días	
4. Fórmula	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Especializada de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de citas de Medicina Especializada de primera vez asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador de oportunidad en medicina especializada se aplicará de manera gradual, permitiendo la estabilización del modelo de atención y la depuración de la demanda acumulada, bajo el siguiente esquema:	

Mes 1: Durante el primer mes de ejecución se medirá el estado inicial de la agenda y se ajustarán los canales de solicitud del prestador.
Mes 2 a Mes 4: El cumplimiento exigido será del **80% respecto a la meta establecida** (Si la meta son 15 días, se aceptará un margen de tolerancia hasta de 25 días mientras se ajustan las agendas).
Mes 5 en adelante: El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición	Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Res 4678, Res 256 de 2016
10. Meta, umbral o rango esperado	<10 10 >10 >15
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Acceso	Accesibilidad sin barreras	Numerador: Número de solicitudes atendidas sin barreras administrativas. Denominador: Número total de solicitudes de servicios de salud registradas en el período evaluado.	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%

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

7. Tipología	Calidad-acceso
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Usuarios del subsistema de salud de la Policía Nacional que realizan solicitudes de servicios de salud.	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438 de 2011, Decreto Ley 019 de 2012, Resolución 256 de 2016, Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Decreto 441 de 2022
10. Meta, umbral o rango esperado	>95% 90%-94% 80% – 89% <80%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL
(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

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

Indicador Nro 1 1. Nombre: Oportunidad de pago (LEY 1122 DE 2007)	
2. Descripción Este indicador busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones definidas en cuanto a los procesos de facturación y pagos, definidos en la ley 1122 de 2007 entre las partes.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 dias Denominador: total facturas validas radicadas en el período
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición **Mes 1-2:** Se utilizará para estandarizar los requisitos de la factura (soportes, RIPS). Durante este periodo se identificarán los cuellos de botella en la radicación. **Mes 2-3:** Se exigirá un cumplimiento mínimo del **80% de las facturas válidas** pagadas dentro del término legal, el prestador y la entidad deben demostrar la reducción de glosas injustificadas. **Mes 4 en adelante:** El cumplimiento de la meta será del **100% de carácter obligatorio**, a partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual, bajo el Decreto 441 de 2022	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,

10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 89% - 80% 79% -70% -70%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	>90% 80% 70% 60%

Indicador Nro 2 1. Nombre: Índice de Conversión de Servicios Facturados	
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de Ejecución Presupuestal y Conciliación de Servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea un reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto reportado supere los límites financieros asignados, con el fin de detectar desviaciones o sobre-ejecuciones de manera temprana.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total servicios prestados en el mes anterior Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La medición busca la transparencia en el reporte de costos y la eliminación de la facturación represada: **Mes 1-2:** Periodo de ajuste entre los sistemas de información del prestador y la entidad responsable del pago. mes **Mes 3 en adelante:** El índice debe tender al **100%**. Una desviación superior al 5% (hacia arriba o hacia abajo) obligará al contratista a presentar un informe de justificación técnica sobre la frecuencia de uso de servicios o fallas en el proceso de facturación.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	Decreto 441 de 2022 (Art. 2.5.3.4.1.3): Que establece la obligación de definir mecanismos de seguimiento a la ejecución del contrato y la gestión del riesgo financiero. Decreto 4747 de 2007: Regula la relación entre prestadores y pagadores, específicamente en lo relacionado con soportes de facturación y radicación.
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% -60%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	6 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO
Gestión	Tasa de Precisión de Facturación	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo	>90% 80% 70% 60%

Indicador Nro 3 1. Nombre: Tasa de Precisión de Facturación	
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de eficiencia y calidad en el proceso de facturación, que mide la proporción del valor de las facturas que son aceptadas por el pagador, tras cumplir con todos los requisitos técnicos, legales y de soportes, frente al total de la facturación radicada en un periodo determinado. Un indicador de gestión de facturación correcta es crucial porque mejora el flujo de caja, reduce costos operativos por glosas, fortalece la transparencia y la confianza entre las entidades, al reducir el número de discrepancias, se minimizan los conflictos y se enfoca la colaboración, optimiza el ciclo de ingresos, y eleva la calidad del servicio, al asegurar que las facturas válidas se paguen a tiempo, mientras se identifican y corrigen fallas en los procesos.	
3. Unidad de medida: porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Total facturas sin glosas en el mes Denominador: total facturas radicadas en el mismo periodo
5. Periodicidad de medición	trimestral
6. Progresividad de la medición La evaluación de la precisión en la facturación se aplicará de forma gradual para permitir que el equipo de facturación del prestador se alinee con el manual de glosas de la entidad: **Mes 2:** Se considera un periodo de **ajuste técnico**. Se medirá el indicador sin impacto en la calificación de desempeño, con el fin de identificar las causas recurrentes de glosa (ej. falta de soportes, errores en RIPS o falta de autorización). El cumplimiento esperado es del **85%.** **Mes 3 (Fase de Estabilización):** El prestador deberá haber implementado acciones correctivas sobre las causas detectadas. Se exigirá un cumplimiento mínimo del **92% de precisión** (valor de glosa aceptada vs. valor radicado). **Mes 4 en adelante (Fase de Régimen Permanente):** Se exigirá un estándar de excelencia con un cumplimiento del **96% o superior**. Un resultado por debajo de este umbral se considerará una ineficiencia administrativa que afecta la gestión del riesgo financiero.	
7. Tipología	Gestión
8. Población sobre la cual se efectuará la medición N/A	
9. Referente técnico del indicador	ley 1122 de 2007, Res. 2335/2023 (Minsalud) y la Res. 1886/202 Res. 2284 de 20234,
10. Meta, umbral o rango esperado	>90% 80% 70% 60%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	7 %

Parágrafo 1: En caso de presentarse eventos imprevisibles, fuerza mayor o caso fortuito que afecten la prestación de los servicios o tecnologías en salud, así como el cumplimiento de los indicadores pactados, el

contratista deberá notificar por escrito al supervisor del contrato y a la Regional de Aseguramiento en Salud No. 8, con el fin de adelantar los ajustes y modificaciones contractuales que correspondan, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2.5.3.4.3.1 del Decreto 441 de 2022.

El canal electrónico dispuesto para la notificación de novedades o el envío de la información necesaria para la revisión de los indicadores es: desuc.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 DE VISITA TECNICA

La Unidad Prestadora de Salud Magdalena 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 ADULTO			
4	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL			
5	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO			
6	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTO			
7	1101	ATENCIÓN DEL PARTO			
8	1102	URGENCIAS			
9	1103	TRANSPORTES ASISTENCIAL BASICO			
10	1104	TRASPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			
11	120	CUIDADO BASICO NEONATAL			
12	129	HOSPITALIZACION ADULTOS			
13	130	HOSPITALIZACION PEDIATRICA			
14	201	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO			
15	203	CIRUGIA GENERAL			
16	204	CIRUGIA GINECOLOGICA			
17	205	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
18	207	CIRUGIA ORTOPEDICA			
19	209	CIRUGIA OTORRINOLAINFOLOGIA			
20	213	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
21	215	CIRUGIA UROLOGICA			
22	234	CIRUGIA DE TORAX			
23	245	NEUROCIRUGIA			
24	301	ANESTESIA			
25	302	CARDIOLOGIA			
26	303	CIRUGIA CARDIOVASCULAR			
27	304	MEDICINA GENERAL			
28	306	CIRUGIA PEDIARICA			
29	308	DERMATOLOGIA			
30	310	ENDOCRINOLOGIA			
31	312	ENFERMERIA			
32	316	GASTROENTEROLOGIA			
33	320	GINECOBSTETRICIA			
34	323	INFECTOLOGIA			
35	327	MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			
36	329	MEDICIAN INTERNA			
37	330	NEFROLOGIA			
38	331	NEUMOLOGIA			
39	332	NEUROLOGIA			
40	339	ORTOPEDIA Y/O TRAMUMATOLOGIA			
41	340	OTORRINOLARINGOLOGIA			
42	342	PEDIATRIA			
43	348	REUMATOLOGIA			
44	355	UROLOGIA			
45	356	OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD			
46	361	CARDIOLOGIA PEDIATRICA			
47	363	CIRUGIA DE MANO			
48	366	CIRUGIA DE TORAX			
49	368	CIRUGIA GINECOLOGICA LAPAROSCOPICA			
50	369	CIRUGIA PLASTICA Y ESTETICA			
51	384	NEFROLOGIA PEDIATRICA			

52	387	NEUROCIRUGIA			
53	388	NEUROPEDIATRIA			
54	391	ONCOLOGIA Y HEMATOLOGIA PEDIATRICA			
55	396	ODONTOPEDIATRIA			
56	409	ORTOPEDIA PEDIATRICA			
57	411	CIRUGIA MAXILOFACIAL			
58	706	LABORATORIO CLINICO			
59	712	TOMA DE MUESTRA Y LABORATORIO CLINICO			
60	714	SERVICIOS FARMACEUTICOS			
61	729	TERAPIAS RESPIRATORIA			
62	739	FISIOTERAPIA			
63	740	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE			
64	742	DIAGNOSTICO VASCULAR			
65	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS IONIZANTES			
66	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS NO IONIZANTES			
67	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL			
68	344	PSICOLOGIA			
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS					
69		Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo			
70		Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información			
71		Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.			
72		Señalización visible de advertencia 'Radiación ionizante'.			
73		Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.			
VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO (RESOLUCIÓN 3100 DE 2019)					
74		LABORATORIO CLÍNICO			
75		CONSULTA EXTERNA			
76		SERVICIO DE URGENCIA			
77		SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN			
SISTEMAS DE INFORMACIÓN					
78		HISTORIA CLÍNICA (ELECTRÓNICA) CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS - ACCESOS RESTRINGIDOS			
PROCESOS PRIORITARIOS					
79		PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
80		FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO			
81		REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)			
82		PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
83		CÓMITE DE INFECCIONES			

Expedida el día: _____

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