2022	776990	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA LUMBAR MÁS DE DOS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR ENDOSCÓPICA				3.470.918,33
2023	776991	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SACRA VÍA ABIERTA				3.466.424,67
2024	776992	RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DEL ARCO POSTERIOR O MUSCULATURA ANEXA SACRA VÍA PERCUTÁNEA				3.470.918,33
2025	777103	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE COSTILLA (COSTOCONDRAL) O ESTERNÓN				1.873.782,00
2026	777301	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE RADIO O CÚBITO				1.755.200,50
2027	777801	TOMA DE INJERTO ÓSEO DE TARSO O METATARSO				1.182.316,00
2028	777902	TOMA DE INJERTO DE HUESO ILIACO				311.506,00
2029	778101	RESECCIÓN PARCIAL DE ESCÁPULA				1.664.837,33
2030	778102	RESECCIÓN PARCIAL DE CLAVICULA				1.254.935,50
2031	778201	RESECCION DE EPICONDILO O EPITRÓCLEA HUMERAL				1.567.801,17
2032	778202	HEMI O DIAFISECTOMÍA DE HÚMERO				1.951.067,17
2033	778301	RESECCION PARCIAL DE DIÁFISIS EN CÚBITO (HEMIDIAFISECTOMÍA)				1.948.555,17
2034	778302	RESECCION DE EPIFISIS DE CÚBITO				1.500.521,50
2035	778304	RESECCION DE CÚPULA DE RADIO				1.506.474,17
2036	778305	RESECCIÓN DE OLÉCRANON				1.501.413,83
2037	778306	RESECCIÓN DE CABEZA DE RADIO				1.520.121,17
2038	778501	HEMIDIAFISECTOMÍA EN FÉMUR				2.561.952,67
2039	778601	RESECCIÓN PARCIAL DE ROTULA O HEMIPATELECTOMÍA				1.693.841,50
2040	778701	RESECCIÓN PARCIAL DE LA TIBIA (HEMIDIAFISECTOMÍA)				2.113.244,33
2041	778702	RESECCIÓN PARCIAL DE PERONE (HEMIDIAFISECTOMÍA)				2.055.934,00
2042	778703	HEMIDIAFISECTOMÍA EN TIBIA Y PERONÉ				1.989.476,17
2043	778801	RESECCIÓN PARCIAL DE TARSIANOS O METATARSIANOS (UNO O MÁS)				1.606.739,25
2044	778911	HEMIDIAFISECTOMÍA FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)				1.457.086,17
2045	778912	RESECCIÓN CABEZA DE FALANGE DE PIE (UNA O MÁS)				1.574.058,67
2046	778921	RESECCIÓN PARCIAL DE HUESOS PELVIANOS				1.873.084,17
2047	778922	HEMIHEMIPELVECTOMÍA				3.510.972,33
2048	778923	HEMIPELVECTOMÍA				3.223.483,17
2049	778956	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR				3.445.052,00
2050	778961	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL				4.778.554,33
2051	778962	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA				4.791.712,67
2052	778963	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL TORÁCICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA				4.791.712,67
2053	778965	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL				4.791.712,67
2054	778966	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL				4.745.870,00
2055	778967	VERTEBRECTOMÍA PARCIAL LUMBAR VÍA POSTERIOR				3.445.052,00
2056	779301	RESECCION TOTAL O RADICAL DE CÚBITO O RADIO				1.758.151,00
2057	779802	ASTRAGALECTOMÍA				1.966.373,17
2058	779943	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR				3.987.832,00
2059	779944	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA ANTERIOR				3.987.832,00
2060	779945	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA LATERAL				3.987.832,00
2061	779946	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA LATERAL				3.987.832,00
2062	779947	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL UN SEGMENTO VÍA POSTERIOR				3.987.832,00
2063	779948	VERTEBRECTOMÍA TOTAL CERVICAL MÁS DE UN SEGMENTO VÍA POSTERIOR				3.987.832,00
2064	779951	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL UN SEGMENTO				5.047.342,67
2065	779952	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL MÁS DE UN SEGMENTO				5.022.490,33
2066	779953	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA UN SEGMENTO				5.047.342,67
2067	779954	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL TRANSPLEURAL POR TORACOSCOPIA MÁS DE UN SEGMENTO				5.047.342,67
2068	779955	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORÁCICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA UN SEGMENTO				5.047.342,67
2069	779956	VERTEBRECTOMÍA TOTAL TORACICA ANTEROLATERAL EXTRACAVITARIA MÁS DE UN SEGMENTO				5.047.342,67
2070	779959	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL UN SEGMENTO				5.047.342,67
2071	779960	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL TRANSPERITONEAL MÁS DE UN SEGMENTO				5.047.342,67
2072	779961	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL UN SEGMENTO				5.047.342,67
2073	779962	VERTEBRECTOMÍA TOTAL LUMBAR ANTEROLATERAL RETROPERITONEAL MÁS DE UN SEGMENTO				5.047.342,67
2074	780101	INJERTO ÓSEO EN CLAVÍCULA				1.525.208,67

2075	780102	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN CLAVÍCULA VÍA ABIERTA				2.030.611,67
2076	780201	INJERTO ÓSEO EN HÚMERO				2.556.098,00
2077	780301	INJERTO ÓSEO EN CÚBITO O RADIO				2.507.517,50
2078	780501	INJERTO ÓSEO EN FÉMUR				2.765.261,50
2079	780503	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN FÉMUR				3.041.240,00
2080	780701	INJERTO ÓSEO EN TIBIA O PERONÉ				2.789.875,50
2081	780702	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE TIBIA				2.814.526,50
2082	780703	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL OSTEOCONDRAL EN TIBIA				3.048.934,33
2083	780705	INJERTO ÓSEO VASCULARIZADO (MICRO) DE PERONÉ				3.094.306,00
2084	780706	APLICACIÓN DE ALOINJERTO ESTRUCTURAL EN DIÁFISIS DE PERONÉ				3.049.512,67
2085	780801	INJERTO ÓSEO EN HUESOS TARSIANOS O METATARSIANOS				1.590.818,00
2086	780901	APLICACIÓN DE INJERTO ÓSEO EN FALANGE DE LA MANO				1.810.889,67
2087	780902	INJERTO ÓSEO EN FALANGES DEL PIE (UNA O MÁS)				1.786.377,67
2088	780903	INJERTO ÓSEO EN MANO CON FIJACIÓN INTERNA				1.915.224,67
2089	780904	INJERTO ÓSEO CON CARTÍLAGO EN MANO CON FIJACIÓN INTERNA				2.077.066,00
2090	780905	APLICACIÓN DE INJERTO ESTRUCTURAL EN PIE				1.830.768,33
2091	780920	INJERTO ÓSEO EN PELVIS				2.584.880,33
2092	780931	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA ANTERIOR	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	2.917.415,33
2093	780932	INJERTO ÓSEO EN COLUMNA VERTEBRAL VÍA POSTERIOR	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	2.871.734,00
2094	781201	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN HÚMERO				1.704.964,00
2095	781202	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EN CODO				1.929.113,67
2096	781301	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN RADIO O CÚBITO				1.674.933,67
2097	781302	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN RADIO Y CÚBITO				1.695.030,00
2098	781304	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PUÑO O MUÑECA				1.698.677,33
2099	781401	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN MANO				1.686.658,33
2100	781501	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN FÉMUR				1.696.895,33
2101	781502	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN MUSLO				1.700.430,33
2102	781503	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE DISPOSITIVO PARA TRACCIÓN ESQUELÉTICA EN MUSLO (TRANSCONDÍLEA)				2.529.494,83
2103	781601	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO RODILLA				1.700.430,33
2104	781701	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA O PERONÉ				1.681.557,33
2105	781702	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN TIBIA Y PERONÉ				1.713.937,00
2106	781703	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO EN CUELLO DE PIE				1.701.871,00
2107	781704	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN TRANSTIBIAL				2.493.890,33
2108	781801	APLICACIÓN DE TUTOR EXTERNO PIE				1.679.446,00
2109	781802	COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO EN PIE (CALCÁNEO)				1.649.006,67
2110	781901	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE MANO				1.604.310,00
2111	781902	APLICACIÓN DE DISPOSITIVO EXTERNO DE FIJACIÓN DE FALANGES DE PIE				1.656.442,33
2112	781920	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN PELVIS, POR VÍA ANTERIOR O POSTERIOR				1.772.475,00
2113	781930	APLICACIÓN DE TUTORES EXTERNOS EN COLUMNA VERTEBRAL				1.778.787,00
2114	782104	ACORTAMIENTO DE HÚMERO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)				1.968.361,83
2115	782211	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO O RADIO				2.067.820,00
2116	782213	EPIFISIODESIS ABIERTA DE CÚBITO Y RADIO				1.928.006,83
2117	782221	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE CÚBITO O RADIO				2.033.540,00
2118	782241	ACORTAMIENTO DE CÚBITO O RADIO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)				2.030.640,17
2119	782243	ACORTAMIENTO DE RADIO Y CÚBITO MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)				2.155.395,67
2120	782404	ACORTAMIENTO DE FÉMUR MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)				2.587.804,67
2121	782511	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ				1.921.862,83
2122	782513	EPIFISIODESIS ABIERTA DE TIBIA Y PERONÉ				1.967.694,83
2123	782521	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA O PERONÉ				1.986.127,83
2124	782523	EPIFISIODESIS PERCUTÁNEA DE TIBIA Y PERONÉ				2.106.194,33

2125	782541	ACORTAMIENTO DE TIBIA O PERONÉ MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA)				2.763.538,33
2126	782543	ACORTAMIENTO DE TIBIA Y PERONÉ MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMÍA)				2.805.647,67
2127	782641	ACORTAMIENTO DE TARSIANOS O METATARSIANOS MEDIANTE RESECCIÓN (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)				1.528.412,50
2128	782781	ACORTAMIENTO DE FALANGES DE PIE MEDIANTE RESECCION (OSTEOTOMÍA) (UNA O MÁS)				1.114.444,33
2129	783202	ALARGAMIENTO DE HÚMERO POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN U OSTEOTOMÍA				3.170.053,33
2130	783501	ALARGAMIENTO DE FEMUR POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA				4.018.178,00
2131	783502	ALARGAMIENTO DE FÉMUR POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA				3.872.000,33
2132	783701	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA				3.327.106,67
2133	783702	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA				3.842.472,33
2134	783703	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO SIN DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA				2.982.339,33
2135	783704	ALARGAMIENTO DE PERONÉ POR INJERTO CON DISPOSITIVOS INTERNOS DE FIJACIÓN Y OSTEOTOMÍA				3.823.155,67
2136	783705	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCIÓN SIN (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)				3.013.414,00
2137	783706	ALARGAMIENTO DE TIBIA POR TECNICA DE DISTRACCIÓN CON (CORTICOTOMÍA, OSTEOTOMÍA)				3.394.497,67
2138	785201	FIJACION INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HÚMERO				3.013.834,50
2139	785301	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE RADIO O CÚBITO				1.919.192,25
2140	785401	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE CARPIANOS O METACARPIANOS				695.631,00
2141	785601	FIJACION INTERNA SIN REDUCCIÓN DE FRACTURA DE ROTULA				1.311.280,00
2142	785801	FIJACIÓN INTERNA SIN REDUCCION DE FRACTURA DE TARSIANOS O METATARSIANOS				1.846.530,00
2143	786101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)				904.501,67
2144	786102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN). VÍA ABIERTA				891.549,33
2145	786201	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HÚMERO				1.369.370,83
2146	786202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HÚMERO, VÍA ABIERTA				1.530.543,17
2147	786301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RADIO O CÚBITO				850.564,33
2148	786302	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RADIO O CÚBITO, VÍA ABIERTA				858.078,67
2149	786401	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS)				1.559.001,83
2150	786402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CARPIANOS O METACARPIANOS (UNO O MÁS), VÍA ABIERTA				1.575.579,17
2151	786501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FÉMUR				1.478.899,33
2152	786502	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FÉMUR, VÍA ABIERTA				1.695.995,33
2153	786601	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RÓTULA				751.176,33
2154	786602	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN RÓTULA, VÍA ABIERTA				671.756,00
2155	786701	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TIBIA O PERONÉ				1.499.603,33
2156	786702	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TIBIA O PERONÉ, VÍA ABIERTA				1.644.468,67
2157	786801	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO)				864.034,33
2158	786802	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TARSIANOS O METATARSIANOS (CADA UNO) VÍA ABIERTA				863.016,00
2159	786901	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO				1.173.933,00
2160	786902	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE MANO, VÍA ABIERTA				1.173.933,00
2161	786910	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE				780.598,00
2162	786911	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE, VÍA ABIERTA				895.041,33
2163	786920	EXTRACCION DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HUESOS PELVIANOS				1.198.938,50
2164	786921	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN HUESOS PELVIANOS, VÍA ABIERTA				1.533.097,83
2165	786931	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA ANTERIOR				2.080.977,17
2166	786932	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA LATERAL				2.429.256,00
2167	786935	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN COLUMNA VERTEBRAL, VÍA POSTERIOR				1.720.464,17
2168	786936	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN COLUMNA VERTEBRAL O TEJIDO PARAVERTEBRAL VÍA POSTERIOR				2.057.154,17
2169	787101	OSTEOCLASTIA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)				1.456.198,75
2170	787801	OSTEOCLASTIA DE TARSIANOS O METATARSIANOS				1.625.984,50
2171	787902	OSTEOCLASTIA DE FALANGES (UNO O MÁS) DE PIE				1.387.202,00

2172	790101	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA, CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS O ESTERNÓN)				496.224,25
2173	790201	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO				1.166.019,00
2174	790301	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE RADIO Y CÚBITO (RADIOCUBITAL PROXIMAL O DISTAL)				1.183.891,00
2175	790302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE CÚBITO O RADIO				1.179.376,00
2176	790401	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DEL CARPO (UNO O MÁS)				866.559,67
2177	790402	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN DE FRACTURA DE METACARPIANOS (UNO O MÁS)				863.687,67
2178	790501	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA				1.675.195,00
2179	790601	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA				832.382,50
2180	790703	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE TIBIA				1.762.122,33
2181	790704	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE PERONÉ				1.550.040,67
2182	790801	REDUCCIÓN CERRADA SIN FIJACIÓN INTERNA FRACTURA TARSO O METATARSO				1.165.584,67
2183	790902	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE (UNA O MÁS)				706.354,00
2184	790920	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE HUESOS PELVIANOS				1.264.085,67
2185	790930	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON HALOYESO O HALOCHAQUETA				1.818.104,83
2186	790931	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL E INMOVILIZACIÓN CON DISPOSITIVO				2.533.704,17
2187	790932	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA COLUMNA VERTEBRAL (DORSAL O LUMBAR) E INMOVILIZACIÓN				1.818.104,83
2188	790933	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE SACRO O SACROILIACA O COCCÍGEA				544.457,17
2189	791101	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA CLAVÍCULA O TÓRAX (COSTILLAS Y ESTERNÓN)				690.815,67
2190	791201	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO (EPÍFISIS O DIÁFISIS), PERCUTÁNEA CON PINES				1.816.110,50
2191	791301	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN				1.476.209,50
2192	791302	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN				1.568.186,33
2193	791401	FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA E INESTABILIDAD DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA				1.752.151,00
2194	791402	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA DE METACARPIANOS Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO				930.491,67
2195	791404	REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HUESOS DE CARPO Y FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO				2.617.104,33
2196	791405	REDUCCIÓN DE FRACTURA DE HUESO DE CARPO CON DISPOSITIVO VÍA ARTROSCÓPICA				2.784.383,67
2197	791501	REDUCCIÓN INDIRECTA CON FIJACION INTERNA DE CUELLO DE FÉMUR O INTERTROCANTÉRICA				1.900.884,67
2198	791502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA				2.043.050,00
2199	791503	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DE FÉMUR SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA CON FIJACIÓN INTERNA				2.042.352,00
2200	791601	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE RÓTULA				988.806,00
2201	791702	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURAS OSTEOCONDRALES O DE LA ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA VÍA ARTROSCÓPICA				2.539.275,00
2202	791703	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DEL TERCIO PROXIMAL DE LA TIBIA CON FIJACIÓN INTERNA				3.088.322,00
2203	791704	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DE LA TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA				2.938.354,00
2204	791705	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURAS DE PERONÉ CON FIJACIÓN INTERNA				3.209.239,00
2205	791901	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA CON DISPOSITIVO DE FALANGES DE PIE O DE MANO				1.266.632,33
2206	792101	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA DE UNA O MÁS COSTILLAS				1.628.241,17
2207	792102	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACION INTERNA DE FRACTURA DE ESCÁPULA O CLAVÍCULA				1.202.566,00
2208	792103	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FRACTURA CUELLO Y GLENOIDES				2.328.705,00
2209	792201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HÚMERO				1.578.369,25
2210	792301	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO O CÚBITO				1.566.419,50
2211	792302	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE RADIO Y CÚBITO				1.604.740,50
2212	792501	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE FÉMUR SIN FIJACIÓN INTERNA				2.593.674,50
2213	792601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE RÓTULA SIN FIJACIÓN INTERNA				969.950,00

2214	792801	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA, DE HUESOS DEL TARSO O METATARSO (UNO O MÁS)				1.501.910,17
2215	792902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE FALANGES DE PIE				1.233.634,33
2216	792920	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SIN FIJACIÓN INTERNA DE HUESOS PELVIANOS				3.154.940,33
2217	793101	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS) DE CLAVÍCULA				1.555.068,17
2218	793102	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACIÓN INTERNA DE ESCÁPULA				1.344.067,00
2219	793201	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUBCAPITAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.945.729,17
2220	793202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TUBEROSIDAD PROXIMAL DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.951.678,17
2221	793203	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA CONMINUTA DE TERCIO PROXIMAL HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.949.921,50
2222	793204	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.949.921,50
2223	793205	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA SUPRACONDÍLEA E INTERCONDÍLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.951.589,83
2224	793206	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE EPICÓNDILO O EPITRÓCLEA DE HÚMERO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.940.672,17
2225	793301	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA				1.948.191,83
2226	793302	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE CÚBITO O DE OLÉCRANON CON FIJACIÓN INTERNA				1.826.672,17
2227	793303	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN INTERNA				1.947.679,50
2228	793304	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO (CÚPULA RADIAL) CON FIJACIÓN INTERNA				2.111.581,00
2229	793305	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO PROXIMAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA				2.599.483,33
2230	793306	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN SEGMENTO DISTAL DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN INTERNA				2.599.571,67
2231	793307	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE CÚBITO Y RADIO CON FIJACIÓN INTERNA				2.600.023,33
2232	793501	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FÉMUR (CUELLO, INTERTROCANTÉRICA, SUPRACONDÍLEA) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				3.198.145,17
2233	793502	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN DIÁFISIS DE FÉMUR CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.995.129,00
2234	793601	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN RÓTULA CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				1.287.063,50
2235	793707	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA				3.210.866,00
2236	793708	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA				3.378.904,00
2237	793709	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN INTERNA				3.385.935,67
2238	793710	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DIAFISIARIO CON FIJACIÓN EXTERNA				3.399.127,00
2239	793711	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA				3.117.568,67
2240	793712	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE PERONÉ DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA				3.220.016,33
2241	793713	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN INTERNA				3.003.693,00
2242	793714	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE ESPINA TIBIAL CON FIJACIÓN INTERNA				2.752.811,67
2243	793715	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA PROXIMAL CON FIJACIÓN EXTERNA				3.251.333,67
2244	793716	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN INTERNA				2.840.385,33
2245	793717	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DIAFISIARIA CON FIJACIÓN EXTERNA				3.057.005,33
2246	793718	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN INTERNA				3.014.021,00
2247	793719	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TIBIA DISTAL CON FIJACIÓN EXTERNA				3.235.217,00
2248	793801	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO (CADA UNO) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				1.674.975,67
2249	793802	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE METATARSIANO (CADA UNO) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				1.710.161,00
2250	793902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN FALANGES DE PIE (UNA O MÁS) CON FIJACIÓN INTERNA				1.546.332,67

2251	793910	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DEL ILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				3.250.647,00
2252	793920	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA EN PELVIS [ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR O POSTERIOR] CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				3.426.553,67
2253	793921	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA COMPLEJA EN PELVIS (ACETÁBULO, REBORDE ANTERIOR, POSTERIOR Y SUPERIOR) CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				3.578.711,17
2254	793940	REDUCCION DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA ANTERIOR				3.178.413,33
2255	793942	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL EN C1 VÍA POSTERIOR				3.299.851,00
2256	793944	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA ANTERIOR				3.134.421,33
2257	793946	REDUCCIÓN DE FRACTURA COLUMNA CERVICAL POR DEBAJO DE C2 VÍA POSTERIOR				3.113.155,00
2258	793950	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA ANTERIOR				3.631.295,67
2259	793952	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL (TORÁCICA, LUMBAR O SACRA) VÍA POSTERIOR O POSTEROLATERAL				3.029.093,00
2260	794101	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO SIN FIJACIÓN				1.188.468,00
2261	794102	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN HÚMERO CON FIJACIÓN				1.852.473,00
2262	794201	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO SIN FIJACIÓN				1.197.631,67
2263	794202	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN CÚBITO O RADIO CON FIJACIÓN				1.467.747,00
2264	794203	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN				1.192.370,33
2265	794204	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN				1.762.753,67
2266	794501	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR SIN FIJACIÓN				1.681.768,67
2267	794502	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA EN FÉMUR CON FIJACIÓN				2.585.489,33
2268	794601	REDUCCION CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN				1.646.158,67
2269	794602	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN				2.414.793,67
2270	794603	REDUCCIÓN CERRADA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ SIN FIJACIÓN				1.683.746,00
2271	794604	REDUCCIÓN INDIRECTA DE EPIFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONÉ CON FIJACIÓN				2.445.534,33
2272	795101	REDUCCIÓN ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE HÚMERO				1.576.790,83
2273	795102	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPIFISIS SEPARADA DE HÚMERO				2.720.919,17
2274	795201	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO SIN FIJACIÓN				1.566.753,17
2275	795202	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO O CÚBITO CON FIJACIÓN				1.933.161,83
2276	795203	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO SIN FIJACIÓN				1.644.914,83
2277	795204	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE RADIO Y CÚBITO CON FIJACIÓN				2.555.543,33
2278	795501	REDUCCION ABIERTA SIN FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR				2.980.541,00
2279	795502	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN INTERNA DE EPÍFISIS SEPARADA DE FÉMUR				3.105.621,17
2280	795601	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ SIN FIJACIÓN				2.544.018,67
2281	795602	REDUCCION ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA O PERONÉ CON FIJACIÓN				2.945.531,67
2282	795603	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE SIN FIJACIÓN				2.602.919,33
2283	795604	REDUCCIÓN ABIERTA DE EPÍFISIS SEPARADA DE TIBIA Y PERONE CON FIJACIÓN				2.983.916,67
2284	796101	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HÚMERO				1.564.339,75
2285	796201	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE CÚBITO O RADIO				1.411.439,00
2286	796501	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE FÉMUR				1.611.779,75
2287	796601	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE TIBIA O PERONÉ				1.696.642,75
2288	796801	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE DEDOS DE PIE				1.039.613,00
2289	796902	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE RÓTULA				1.439.804,50
2290	796903	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA EXPUESTA DE PELVIS				1.699.313,00

2291	796905	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE RAQUIS O COLUMNA				1.801.794,00
2292	797101	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN HOMBRO				845.769,00
2293	797201	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN EN CODO				980.569,00
2294	797501	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACION CONGENITA DE CADERA (UNI O BILATERAL)				2.835.254,33
2295	797502	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TRAUMÁTICA DE CADERA				1.676.348,33
2296	797503	REDUCCIÓN CERRADA DE DISPLASIA O LUXACIÓN CONGENITA DE CADERA CON TENOTOMÍA DE ADUCTORES O PSOAS				3.067.560,00
2297	797601	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TRAUMÁTICA DE RODILLA				875.056,67
2298	797602	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TIBIOPERONERA PROXIMAL				1.785.145,00
2299	797603	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA DE ROTULA				949.280,67
2300	797701	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TRAUMÁTICA TOBILLO (CUELLO DE PIE)				880.957,67
2301	797801	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS				1.168.818,67
2302	797802	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION TARSO-METATARSIANOS CON FIJACIÓN PERCUTÁNEA				1.170.082,00
2303	797803	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓNES METATARSO-FALÁNGICAS O INTERFALANGICAS EN PIE				1.334.795,33
2304	797901	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE COLUMNA TORÁCICA O LUMBAR				1.699.401,00
2305	797902	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACIÓN DE SACRO Y CÓCCIX				136.392,00
2306	798101	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR				2.529.750,67
2307	798102	REDUCCIÓN ABIERTA DE LA LUXACIÓN GLENOHUMERAL				2.876.662,33
2308	798106	FIJACIÓN DE ESCÁPULA A COSTILLAS [ESCAPULOPEXIA] (TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE ESCAPULA ALADA)				2.745.283,33
2309	798302	REDUCCIÓN DE LUXACIÓN RADIOCUBITAL VÍA ABIERTA				1.814.464,33
2310	798303	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION RADIOCUBITAL VIA ARTROSCÓPICA				1.686.607,67
2311	798401	REDUCCION CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPIANA VÍA ABIERTA				3.264.688,00
2312	798402	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPIANA VÍA ARTROSCÓPICA				3.086.448,33
2313	798403	REDUCCION CON FIJACIÓN DE LUXACION CARPO-METACARPIANA VÍA ABIERTA				2.590.356,00
2314	798404	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LUXACIÓN CARPO-METACARPIANA VÍA ARTROSCÓPICA				2.742.007,00
2315	798405	REDUCCIÓN CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA VÍA ABIERTA				2.684.759,83
2316	798406	REDUCCION CON FIJACION DE LUXACION METACARPOFALÁNGICA O INTERFALÁNGICA VÍA ARTROSCÓPICA				2.844.586,67
2317	798501	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA				2.925.395,83
2318	798502	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TRAUMÁTICA DE CADERA				3.080.212,33
2319	798602	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE RÓTULA				2.482.490,67
2320	798701	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN DE TOBILLO (TIBIOASTRAGALINA)				2.922.626,67
2321	798801	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXACIÓN TARSO-METATARSIANOS (UNO O MÁS) CON DISPOSITIVO DE FIJACIÓN				1.630.997,50
2322	799201	REDUCCION CERRADA DE LUXOFRACTURA RADIOCUBITAL (MONTEGGIA-GALLEAZI)				1.186.654,00
2323	799202	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA DE CODO				1.196.741,67
2324	799203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA CODO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				1.544.822,83
2325	799204	REDUCCIÓN ABIERTA FRACTURA O LUXOFRACTURA CODO CON FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.784.300,83
2326	799301	REDUCCIÓN ABIERTA Y FIJACIÓN DE LUXOFRACTURA DE BENNET				2.557.001,33
2327	799302	REDUCCION CERRADA Y FIJACION DE LUXOFRACTURA DE BENNET				1.332.293,67
2328	799401	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO (UNA O MÁS ARTICULACIONES)				2.601.297,00
2329	799402	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR DE MANO VÍA ARTROSCÓPICA				2.884.263,67
2330	799501	REDUCCIÓN DE FRACTURA INTRAARTICULAR Y LUXOFRACTURA DE CADERA				3.115.275,00
2331	799502	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA DEL ILIACO CON FIJACIÓN INTERNA				3.295.285,67
2332	799503	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA SACROILÍACO CON FIJACIÓN INTERNA				3.295.285,67
2333	799504	REDUCCIÓN INDIRECTA DE FRACTURA EN RAMAS PÚBIS CON FIJACIÓN INTERNA				3.295.285,67
2334	799505	REDUCCION INDIRECTA DE FRACTURA EN SÍNFISIS PÚBICA CON FIJACIÓN INTERNA				3.295.285,67
2335	799601	REDUCCIÓN DE FRACTURAS INTRAARTICULARES Y LUXOFRACTURAS EN RODILLA POR ARTROTOMÍA				2.626.533,00
2336	799602	REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS INTRAARTICULARES DE RODILLA CON FIJACIÓN INTERNA POR ARTROSCOPIA				2.672.304,00
2337	799701	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXO-FRACTURA TOBILLO SIN FIJACIÓN INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSÍNTESIS)				2.765.666,00

2338	799702	REDUCCIÓN CERRADA DE LUXOFRACTURA DE CUELLO DE PIE O TOBILLO				1.676.263,00
2339	799703	REDUCCION ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA O FRACTURA (UNI O BIMALEOLAR) DE TOBILLO				3.075.824,17
2340	799704	REDUCCIÓN ABIERTA CON FIJACIÓN DE LUXO FRACTURA TRIMALEOLAR DE TOBILLO				3.120.650,17
2341	799710	REDUCCIÓN CON FIJACIÓN DE LAS FRACTURAS DE TOBILLO POR ARTROSCOPIA				3.386.775,33
2342	799803	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL TARSO (CADA UNO)				1.738.387,83
2343	799804	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESOS DEL METATARSO (CADA UNO)				1.870.604,17
2344	799805	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HALLUX				1.854.224,00
2345	799807	REDUCCIÓN ABIERTA DE LUXOFRACTURA CON FIJACIÓN DE HUESO DE DEDO DE PIE (CADA UNO)				1.796.389,33
2346	800101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA				930.246,33
2347	800102	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO POR ARTROTOMÍA				945.878,00
2348	800103	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA				1.005.738,67
2349	800104	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN HOMBRO VÍA ARTROSCÓPICA				1.077.227,67
2350	800201	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CODO POR ARTROTOMÍA				1.256.752,50
2351	800202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CODO POR ARTROTOMÍA				1.577.368,17
2352	800301	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA				1.146.869,00
2353	800302	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN MUÑECA POR ARTROTOMÍA				1.245.127,33
2354	800402	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN ARTICULACIÓN DE MANO POR ARTROTOMÍA				1.536.975,50
2355	800501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN CADERA POR ARTROTOMÍA				2.412.270,67
2356	800502	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN CADERA POR ARTROTOMÍA				2.594.659,33
2357	800601	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN RODILLA POR ARTROTOMÍA				864.570,00
2358	800602	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN RODILLA POR ARTROTOMÍA				1.576.235,83
2359	800701	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA				1.058.862,00
2360	800702	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRAARTICULAR EN TOBILLO POR ARTROTOMÍA				1.234.622,33
2361	800801	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO IMPLANTADO EN PIE Y ARTEJOS POR ARTROTOMÍA				872.524,33
2362	800802	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE O ARTEJOS POR ARTROTOMÍA				915.220,00
2363	801101	ARTROTOMÍA DE HOMBRO CON EXPLORACIÓN DE ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR O ESTERNO CLAVICULAR				1.408.255,67
2364	801201	ARTROTOMÍA DE CODO				1.557.726,75
2365	801301	ARTROTOMÍA DE MUÑECA				1.264.938,50
2366	801401	ARTROTOMÍA EN MANO				1.137.994,00
2367	801501	ARTROTOMÍA DE PELVIS				1.637.179,75
2368	801601	ARTROTOMÍA DE RODILLA				1.555.178,75
2369	801701	ARTROTOMÍA DE TOBILLO O CUELLO DE PIE				1.168.916,50
2370	801801	ARTROTOMÍA EN PIE				846.385,00
2371	802101	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE HOMBRO				990.292,67
2372	802201	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE CODO				1.394.224,67
2373	802301	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE MUÑECA				1.403.907,67
2374	802401	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE FALANGES (UNA O MÁS) DE MANO				1.105.095,67
2375	802501	ARTROSCOPIA DE PELVIS				1.832.486,67
2376	802601	ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA DE RODILLA				934.085,33
2377	802701	ARTROSCOPIA DE TOBILLO				1.392.761,67
2378	802801	ARTROSCOPIA EN PIE O ARTEJOS (CADA UNO)				1.096.841,33
2379	803101	BIOPSIA ARTICULAR DE HOMBRO VÍA ABIERTA				691.519,67
2380	803201	BIOPSIA ARTICULAR DE CODO VÍA ABIERTA				690.072,67
2381	803301	BIOPSIA ARTICULAR DE MUÑECA VÍA ABIERTA				690.072,67
2382	803401	BIOPSIA ARTICULAR EN MANO Y DEDO VÍA ABIERTA				690.072,67
2383	803501	BIOPSIA ARTICULAR DE CADERA VÍA ABIERTA				696.955,33
2384	803601	BIOPSIA ARTICULAR DE RODILLA VÍA ABIERTA				693.209,67
2385	803701	BIOPSIA ARTICULAR DE TOBILLO VÍA ABIERTA				705.918,33
2386	803801	BIOPSIA ARTICULAR EN PIE Y ARTEJOS VÍA ABIERTA				773.310,67
2387	804301	CAPSULOTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS)				1.998.315,83
2388	804302	CAPSULOTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS)				1.972.277,17
2389	804303	DESBRIDAMIENTO DE FIBROCARTILAGO TRIANGULAR O EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA				1.869.270,00
2390	804304	RESECCIÓN DE LESION EN MUÑECA POR ARTROSCOPIA				1.880.305,00
2391	804310	LIBERACIÓN DE BANDAS CONSTRICTIVAS				1.634.986,17

2392	805107	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA ANTERIOR PERCUTÁNEO				5.246.308,00
2393	805109	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO CERVICAL VÍA POSTERIOR ABIERTA				4.795.047,33
2394	805124	ESCISION DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA				4.828.482,17
2395	805129	ESCISIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL EN SEGMENTO LUMBAR VÍA POSTERIOR PERCUTÁNEA	PAQUETE	[illegible]	[illegible]	5.629.974,33
2396	805201	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL CERVICAL				2.990.207,67
2397	805202	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL TORÁCICA				3.005.932,67
2398	805203	QUIMIONUCLEOLISIS DISCAL LUMBAR				2.990.207,67
2399	805909	ABLACIÓN DE DISCO LUMBAR (NUCLEOLISIS) INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA	PAQUETE	[illegible]	[illegible]	3.322.017,17
2400	806101	MENISCECTOMÍA SIMPLE MEDIAL O LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA				1.735.272,33
2401	806102	MENISECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL DE RODILLA VÍA ABIERTA				1.780.072,33
2402	806104	MENISCECTOMÍA MEDIAL Y LATERAL POR ARTROSCOPIA				3.584.319,67
2403	807101	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL VÍA ABIERTA				2.134.048,67
2404	807102	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL VÍA ABIERTA				2.157.629,00
2405	807103	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO PARCIAL POR ARTROSCOPIA				2.843.089,67
2406	807104	SINOVECTOMÍA DE HOMBRO TOTAL POR ARTROSCOPIA				2.860.833,00
2407	807201	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL VÍA ABIERTA				2.275.718,83
2408	807202	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL VÍA ABIERTA				2.422.951,33
2409	807203	SINOVECTOMÍA DE CODO PARCIAL POR ARTROSCOPIA				2.572.142,00
2410	807204	SINOVECTOMÍA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA				2.635.473,67
2411	807301	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL VÍA ABIERTA				2.333.674,00
2412	807302	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL VÍA ABIERTA				2.383.838,33
2413	807303	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA PARCIAL POR ARTROSCOPIA				2.563.066,33
2414	807304	SINOVECTOMÍA DE MUÑECA TOTAL POR ARTROSCOPIA				2.631.691,00
2415	807401	SINOVECTOMÍA INTERFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA				1.552.211,50
2416	807402	SINOVECTOMÍA EN CARPO VÍA ABIERTA				1.661.845,33
2417	807403	SINOVECTOMÍA METACARPOFALÁNGICA (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA				1.581.201,50
2418	807404	SINOVECTOMÍA DE FALANGES (UNA O MÁS) POR ARTROSCOPIA				1.576.478,33
2419	807501	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA. VÍA ABIERTA				2.204.993,50
2420	807502	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA. VÍA ABIERTA				2.268.962,83
2421	807503	SINOVECTOMÍA PARCIAL DE CADERA. POR ARTROSCOPIA				2.853.126,33
2422	807504	SINOVECTOMÍA TOTAL DE CADERA. POR ARTROSCOPIA				2.897.123,67
2423	807601	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL VÍA ABIERTA				1.936.445,17
2424	807602	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL VÍA ABIERTA				1.983.690,17
2425	807603	SINOVECTOMÍA DE RODILLA PARCIAL POR ARTROSCOPIA				2.425.643,00
2426	807604	SINOVECTOMÍA DE RODILLA TOTAL POR ARTROSCOPIA				2.171.813,83
2427	807705	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO ANTERIOR VÍA ABIERTA				2.438.297,00
2428	807706	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO POSTERIOR VÍA ABIERTA				2.493.719,67
2429	807708	SINOVECTOMÍA DE TOBILLO POSTERIOR VÍA ARTROSCÓPICA				2.858.123,33
2430	807801	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES DEL TARSO (CADA UNA) VÍA ABIERTA				2.901.625,67
2431	807803	SINOVECTOMÍA DE ARTICULACIONES METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA				2.894.181,00
2432	808011	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO VÍA ABIERTA				1.364.678,33
2433	808012	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA				1.919.729,33
2434	808021	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO VÍA ABIERTA				1.497.364,50
2435	808022	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CODO POR ARTROSCOPIA				1.655.461,00
2436	808031	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA O PUÑO VÍA ABIERTA				1.551.843,83
2437	808032	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE MUÑECA POR ARTROSCOPIA				1.655.461,00
2438	808041	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS VÍA ABIERTA				1.443.319,83
2439	808042	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN EN MANO O DEDOS POR ARTROSCOPIA				1.653.230,67
2440	808051	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE ARTICULACIÓN DE CADERA VÍA ABIERTA				1.924.753,00

2441	808052	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE CADERA POR ARTROSCOPIA				2.371.831,33
2442	808061	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE RODILLA VÍA ABIERTA				1.392.693,17
2443	808062	LAVADO O DESBRIDAMIENTO DE RODILLA POR ARTROSCOPIA				1.748.250,67
2444	808071	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ABIERTA				1.548.076,50
2445	808072	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE TOBILLO VÍA ARTROSCÓPICA				1.663.841,67
2446	808073	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VÍA ABIERTA				1.566.889,67
2447	808074	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DEL TARSO VÍA ARTROSCÓPICA				1.430.752,67
2448	808075	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA METATARSO FALÁNGICA VÍA ABIERTA				1.510.105,33
2449	808077	DESBRIDAMIENTO, LAVADO Y LIMPIEZA DE FALANGES DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VÍA ABIERTA				1.412.488,67
2450	808201	RESECCIÓN DE HIGROMA DE CODO				1.190.378,67
2451	808601	RESECCIÓN DE HIGROMA DE RODILLA VÍA ABIERTA				1.192.143,67
2452	808703	RESECCIÓN DE LESIÓN OSTEOCONDRAL EN TOBILLO SIN INJERTO VÍA ABIERTA				2.684.131,67
2453	810001	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	4.158.913,67
2454	810002	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00
2455	810003	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD HASTA SEIS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2456	810004	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO				2.861.807,00
2457	810005	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00
2458	810006	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE SIETE A DOCE VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2459	810007	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO				2.861.807,00
2460	810008	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00
2461	810009	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE TRECE O MAS VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2462	810010	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	4.146.663,67
2463	810011	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00
2464	810012	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE DOS A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2465	810013	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE CUATRO A SIETE VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO				3.445.052,00
2466	810014	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE CUATRO A SIETE VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00
2467	810015	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD CUATRO A SIETE VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2468	810016	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO				2.861.807,00
2469	810017	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00
2470	810018	CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE OCHO O MAS VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR TRES O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2471	810024	REFUSION DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN UN TIEMPO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	3.922.319,67
2472	810025	REFUSION DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00

2473	810026	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN TRES TIEMPOS				2.861.807,00
2474	810027	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA ANTERIOR EN CUATRO O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2475	810028	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN UN TIEMPO	PAQUETE	HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS EN INCLUYE SE COBRARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	3.461.717,33
2476	810029	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN DOS TIEMPOS				2.861.807,00
2477	810030	REFUSIÓN DE CORRECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN TRES TIEMPOS				2.861.807,00
2478	810031	REFUSIÓN DE CORRECCION O RECONSTRUCCIÓN DE DEFORMIDAD DE COLUMNA VÍA POSTERIOR EN CUATRO O MÁS TIEMPOS				2.861.807,00
2479	810106	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TECNICA TRANSORAL ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN				7.273.861,33
2480	810107	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSORAL ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN				7.190.940,33
2481	810108	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN				4.157.336,00
2482	810109	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN				4.110.376,67
2483	810111	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS EN INCLUYE SE COBRARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	4.169.870,67
2484	810113	ARTRODESIS OCCIPITOCERVICAL DE MÁS DE TRES VERTEBRAS VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN				3.865.881,67
2485	810115	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSCERVICAL SIN INSTRUMENTACIÓN				3.644.437,67
2486	810116	ARTRODESIS C1-C2 MEDIANTE TÉCNICA TRANSCERVICAL CON INSTRUMENTACIÓN				3.739.314,33
2487	810117	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN ABIERTA				3.443.161,67
2488	810118	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA				4.104.059,67
2489	810119	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN ABIERTA				4.112.302,67
2490	810120	ARTRODESIS UNION CERVICOTORÁCICA VÍA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA				4.570.741,67
2491	810121	ARTRODESIS UNION CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN ABIERTA				3.505.552,33
2492	810122	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA				3.870.026,33
2493	810123	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN ABIERTA				3.197.846,17
2494	810124	ARTRODESIS UNIÓN CERVICOTORÁCICA VÍA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN PERCUTÁNEA				3.951.919,33
2495	810203	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN				5.042.618,33
2496	810205	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN				4.895.892,67
2497	810207	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN				3.743.313,67
2498	810208	ARTRODESIS CERVICAL DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN				4.187.122,33
2499	810209	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA CERVICAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL				7.098.652,67
2500	810210	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA CERVICAL MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL				7.090.949,33
2501	810211	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO	6.252.832,00

					DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRÚRGICO	
2502	810212	ARTRODESIS CERVICAL INTERCOPORAL MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL				6.623.126,17
2503	810304	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRÚRGICO	5.235.736,33
2504	810308	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN				3.975.829,33
2505	810309	ARTRODESIS DE NIVEL C2 O POR DEBAJO DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA POSTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN				4.029.094,33
2506	810310	LAMINOPLASTIA CERVICAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR				4.740.800,00
2507	810311	LAMINOPLASTIA CERVICAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA POSTERIOR				4.740.800,00
2508	810405	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.091.427,00
2509	810406	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE UNA A TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.176.734,00
2510	810408	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE MÁS DE TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.250.048,00
2511	810409	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA TECNICA ANTERIOR O LATERAL DE MÁS DE TRES SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.257.514,67
2512	810411	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.896.076,67
2513	810412	ARTRODESIS DE LA REGION TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.781.799,00
2514	810414	ARTRODESIS DE LA REGION TORÁCICA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.896.076,67
2515	810415	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE MÁS DE TRES VÉRTEBRAS VÍA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.781.799,00
2516	810423	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA				4.554.017,00
2517	810426	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICO MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA				4.554.017,00
2518	810429	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICO DE UNO A TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA				4.554.017,00
2519	810432	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORACICO MÁS DE TRES SEGMENTOS VÍA ANTERIOR O LATERAL ABIERTA				4.554.017,00
2520	810435	LAMINOPLASTIA TORÁCICA HASTA TRES SEGMENTOS VÍA POSTERIOR				4.298.889,33
2521	810436	LAMINOPLASTIA TORACICA MAS DE TRES SEGMENTOS VÍA POSTERIOR				4.298.889,67
2522	810508	ARTRODESIS DE LA REGION TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.030.349,33
2523	810509	ARTRODESIS DE LA REGION TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.059.581,67
2524	810510	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.159.578,67
2525	810511	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.164.937,00
2526	810512	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA MÁS DE SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.159.578,67
2527	810513	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA MÁS DE SEIS VERTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.164.937,00
2528	810514	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.280.543,33
2529	810515	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE UNA A TRES VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.216.947,67
2530	810516	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.151.743,00
2531	810517	ARTRODESIS DE LA REGION TORACICA DE CUATRO A SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.220.104,00

2532	810518	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORÁCICA MÁS DE SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.207.724,33
2533	810519	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACICA MÁS DE SEIS VÉRTEBRAS TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.139.629,67
2534	810522	ARTRODESIS DE LA REGIÓN TORACOLUMBAR TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA DERECHO DE SALA	+ ESTANCIA + LABORATORIOS CLINICOS + IMAGENOLOGIA + ANATOMIA PATOLOGICO + MEDICAMENTOS + INSUMOS BASICOS Y ESPECIALES NO ALTO COSTO + TERAPIAS	4.252.002,00
2535	810524	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTERIOR DE UNO A TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA				4.495.718,33
2536	810526	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTERIOR MÁS DE TRES SEGMENTOS TRANSFORAMINAL ABIERTA				4.495.718,33
2537	810528	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL DE UNO A TRES SEGMENTOS ABIERTA				4.495.718,33
2538	810530	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL MÁS DE TRES SEGMENTOS ABIERTA				4.495.718,33
2539	810532	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL DE UNA VÉRTEBRA				5.205.130,33
2540	810533	ARTRODESIS INTERCORPORAL TORÁCICA VÍA POSTEROLATERAL MÁS DE UNA VÉRTEBRA				4.495.718,33
2541	810619	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.155.750,33
2542	810620	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.142.292,00
2543	810621	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA				4.142.292,00
2544	810622	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.764.889,00
2545	810623	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.781.799,00
2546	810624	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ENDOSCÓPICA				4.781.799,00
2547	810625	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TECNICA ANTERIOR TRANSACRA CON INSTRUMENTACIÓN VÍA RETROPERITONEAL				4.780.916,67
2548	810626	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPELVICA TECNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				3.453.391,00
2549	810627	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				3.463.688,00
2550	810628	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TECNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.770.169,00
2551	810629	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.781.799,00
2552	810630	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.138.770,00
2553	810631	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.142.292,00
2554	810632	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.788.407,67
2555	810633	ARTRODESIS DE LA UNION SACROILÍACA TÉCNICA ANTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.781.799,00
2556	810634	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA				4.461.106,00
2557	810635	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA HASTA DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA				5.198.109,00
2558	810637	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA MÁS DE DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA				4.584.955,00
2559	810638	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA LUMBOSACRA MÁS DE DOS SEGMENTOS TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA				5.105.271,00
2560	810640	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TRANSACRA ANTERIOR VIA ABIERTA				4.584.955,00
2561	810641	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA TRANSACRA ANTERIOR VÍA PERCUTÁNEA				5.142.050,67
2562	810642	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VÉRTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA ABIERTA				4.344.379,33
2563	810643	ARTRODESIS INTERCORPORAL LUMBOSACRA UNA VERTEBRA TÉCNICA ANTERIOR O LATERAL VÍA PERCUTÁNEA				5.174.009,00
2564	810822	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR DE UNA A TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA DERECHO DE SALA	+ MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO + IMAGENOLOGIA + MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO + CONEXIONES + MATERIALES QUIRURGICOS + HEMODERIVADOS	4.429.794,67

2565	810823	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.169.179,67
2566	810824	ARTRODESIS DE LA REGIÓN LUMBAR TÉCNICA POSTERIOR MÁS DE TRES VÉRTEBRAS CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.173.786,33
2567	810825	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.094.489,00
2568	810826	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.059.581,67
2569	810827	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.177.165,33
2570	810828	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOSACRA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.178.403,33
2571	810829	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPELVICA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				3.399.413,67
2572	810830	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				3.407.179,00
2573	810831	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.139.754,33
2574	810832	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				3.471.073,33
2575	810833	ARTRODESIS DE LA UNIÓN LUMBOPÉLVICA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN INTERCRESTILIA				3.457.707,33
2576	810834	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.066.440,33
2577	810835	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR SIN INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.059.581,67
2578	810836	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA ABIERTA				4.129.349,00
2579	810837	ARTRODESIS DE LA UNIÓN SACROILÍACA TÉCNICA POSTERIOR CON INSTRUMENTACIÓN VÍA PERCUTÁNEA				4.142.315,33
2580	810839	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA PERCUTÁNEA				4.680.660,00
2581	810840	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL HASTA DOS SEGMENTOS VÍA ENDOSCÓPICA				5.297.784,67
2582	810841	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA ABIERTA				4.646.841,00
2583	810842	ARTRODESIS INTERSOMÁTICA POSTEROLATERAL O TRANSFORAMINAL MÁS DE DOS SEGMENTOS VÍA PERCUTÁNEA				4.680.660,00
2584	810851	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VÍA ABIERTA				2.731.065,67
2585	810852	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VIA PERCUTÁNEA				2.764.884,67
2586	810853	ARTRODESIS INTERFACETARIA POSTERIOR VÍA ENDOSCÓPICA				2.916.922,00
2587	810901	REFUSIÓN DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL ANTERIOR O LATERAL				2.594.612,67
2588	810902	REFUSIÓN DE COLUMNA OCCIPITOCERVICAL POSTERIOR				2.625.338,33
2589	810903	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICAL ANTERIOR O LATERAL				2.601.330,00
2590	810904	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICAL POSTERIOR				2.621.828,33
2591	810905	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICOTORÁCICA ANTERIOR O LATERAL				2.625.338,33
2592	810906	REFUSIÓN DE COLUMNA CERVICOTORÁCICA POSTERIOR				2.913.453,33
2593	810907	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA ANTERIOR O LATERAL				2.916.922,00
2594	810908	REFUSIÓN DE COLUMNA TORÁCICA POSTERIOR				2.916.922,00
2595	810909	REFUSIÓN DE COLUMNA TORACOLUMBAR ANTERIOR O LATERAL				2.916.922,00
2596	810910	REFUSIÓN DE COLUMNA TORACOLUMBAR POSTERIOR				2.916.922,00
2597	810915	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOSACRA ANTERIOR O LATERAL				2.916.922,00
2598	810916	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOSACRA POSTERIOR				2.916.922,00
2599	810917	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOPÉLVICA ANTERIOR O LATERAL				2.916.922,00
2600	810918	REFUSIÓN DE COLUMNA LUMBOPÉLVICA POSTERIOR				2.916.922,00
2601	811202	ARTRODESIS SUBTALAR VÍA ABIERTA				3.206.223,00
2602	811205	ARTRODESIS CALCÁNEOCUBOIDEA VÍA ABIERTA				3.206.223,00
2603	811207	ARTRODESIS TALONAVICULAR VÍA ABIERTA				3.386.348,33
2604	811209	ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (CADA COLUMNA) VÍA ABIERTA				3.215.055,67
2605	811210	ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ABIERTA				3.040.885,67
2606	811211	ARTRODESIS METATARSOFALÁNGICA (CADA UNA) VÍA ARTROSCÓPICA				2.950.807,67
2607	811212	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA DE DEDO DEL PIE (CADA UNO) VÍA ABIERTA				1.790.322,67
2608	812101	ARTRODESIS DE CADERA				3.552.484,75
2609	812201	ARTRODESIS DE RODILLA				2.878.379,75
2610	812301	ARTRODESIS DE HOMBRO VÍA ABIERTA				3.147.659,67
2611	812302	ARTRODESIS DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA				3.328.036,67
2612	812401	ARTRODESIS RADIOCUBITAL DISTAL				1.763.704,33
2613	812402	ARTRODESIS DE CODO				3.370.603,00
2614	812503	ARTRODESIS RADIOCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA				3.208.229,33
2615	812504	ARTRODESIS RADIOCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA				3.422.608,33
2616	812601	ARTRODESIS TRAPECIO-METACARPIANO				1.711.555,00
2617	812602	ARTRODESIS CARPO-METACARPIANA				1.851.508,67
2618	812701	ARTRODESIS METACARPO-FALÁNGICA				1.553.362,75
2619	812801	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO SIN INJERTO (UNA O MÁS				1.549.105,83

2620	812802	ARTRODESIS INTERFALÁNGICA EN MANO CON INJERTO (UNA O MÁS)				1.967.906,17
2621	812903	ARTRODESIS ESCAFOSEMILUNAR POR ARTROSCOPIA				1.394.416,33
2622	812908	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA				2.780.383,00
2623	812909	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO ÓSEO VÍA ABIERTA				2.756.561,50
2624	812910	ARTRODESIS INTERCARPIANA SIN INJERTO ÓSEO VÍA ARTROSCÓPICA				2.649.362,67
2625	812911	ARTRODESIS INTERCARPIANA CON INJERTO OSEO VIA ARTROSCÓPICA				3.033.704,33
2626	812912	ARTRODESIS SACROILÍACA SIN INSTRUMENTACIÓN				3.670.023,33
2627	813101	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS CON PRÓTESIS				1.488.588,00
2628	813102	ARTROPLASTIA DE PIE Y ARTEJOS SIN PRÓTESIS				1.445.464,67
2629	813103	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL TARSO				1.175.737,00
2630	813104	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN DE HUESOS DEL METATARSO				1.951.182,33
2631	814102	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN DE CADERA POR ARTROSCOPIA				3.382.524,67
2632	814103	OSTEOCONDROPLASTIA DE CADERA VÍA ABIERTA				3.415.633,67
2633	814220	REPARACIÓN TRIADA DE RODILLA: MENISCOPLASTIA CON REPARACIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR Y LIGAMENTO MEDIAL COLATERAL				2.986.518,17
2634	814221	CAPSULORRAFIA DE RODILLA				2.231.005,00
2635	814502	RECONSTRUCCION DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA				2.966.039,50
2636	814503	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON AUTOINJERTO O ALOINJERTO VÍA ABIERTA				3.639.855,00
2637	814504	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA				3.334.478,33
2638	814505	RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR CON INJERTO AUTÓLOGO O CON ALOINJERTO POR ARTROSCOPIA				3.865.283,67
2639	814705	RELAJACIÓN DE RETINÁCULO LATERAL, MÁS OSTEOTOMÍA DE REALÍNEACIÓN, MÁS PLICATURA DE RETINÁCULO MEDIAL POR ARTROSCOPIA				3.582.441,00
2640	814711	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, ABIERTA				3.155.600,00
2641	814712	SUTURA DE MENISCO MEDIAL O LATERAL, POR ARTROSCOPIA				3.240.835,33
2642	814723	LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS DE RODILLA POR ARTROSCOPIA				1.528.696,33
2643	814727	REPARACIÓN AGUDA DE LIGAMENTO CRUZADO				2.950.385,67
2644	814907	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VÍA ABIERTA				2.978.108,00
2645	814908	RECONSTRUCCIÓN SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON AUTO O ALOINJERTO O DISPOSTIVO VÍA ABIERTA				2.671.286,83
2646	814909	RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DE LIGAMENTOS DEL TOBILLO VÍA ARTROSCÓPICA				2.960.774,33
2647	814910	RECONSTRUCCION SECUNDARIA DE LIGAMENTOS DE TOBILLO CON INJERTO O DISPOSTIVO VÍA ARTROSCÓPICA				3.257.401,67
2648	814911	CAPSULORRAFIA DE TOBILLO				1.994.170,67
2649	815601	REEMPLAZO PROTÉSICO TOTAL DE TOBILLO VÍA ABIERTA				4.419.115,00
2650	815701	REEMPLAZO METATARSOFALÁNGICO CON DISPOSTIVO				1.173.815,00
2651	817201	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCION MUÑECA				3.458.590,67
2652	817202	ARTROPLASTIA RESECCION TRAPECIO-METACARPIANA				2.182.061,83
2653	817203	ARTROPLASTIA METACARPO-FALANGICA (UNA O MÁS)				2.831.324,50
2654	817204	LIGAMENTORRAFIA O REINSERCIÓN DE LIGAMENTOS VÍA ABIERTA				2.614.775,67
2655	817207	CONDROPLASTIA DE ABRASIÓN DE FALANGES POR ARTROSCOPIA				1.934.129,67
2656	817208	ARTROPLASTIA RADIOCARPIANA (MUÑECA O PUÑO).				3.112.329,00
2657	817901	ARTROPLASTIAS INTERFALANGICAS (POR CADA DEDO)				2.951.590,50
2658	817902	DESCOMPRESIÓN DE HUESO DE MUÑECA O MANO VIA ABIERTA				2.062.353,67
2659	818301	ACROMIOPLASTIA VÍA ABIERTA				1.907.579,50
2660	818302	ACROMIOPLASTIA POR ARTROSCOPIA				2.167.313,67
2661	818305	ARTROPLASTIA ACROMIO-CLAVICULAR				2.082.471,00
2662	818306	ARTROPLASTIA POR INTERPOSICIÓN O RESECCIÓN HOMBRO				3.190.096,00
2663	818606	CONDROPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA				3.257.578,67
2664	818607	CONDROPLASTIA DE HOMBRO VÍA ABIERTA				3.086.637,33
2665	818610	CAPSULORRAFIA DE CODO VÍA ARTROSCOPICA				1.875.330,67
2666	819002	VERTEBROPLASTIA CON COLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRACORPORAL	PAQUETE	HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMORRAGIADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	4.440.588,50
2667	819005	CIFOPLASTIA	PAQUETE	HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMORRAGIADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ	5.464.095,00

					ADICIONAL AL PAQUETE	
2668	819101	ASPIRACIÓN ARTICULAR				608.965,83
2669	819201	INYECCIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE LA ARTICULACIÓN O EL LIGAMENTO				31.812,00
2670	819310	CAPSULORRAFIA DE HOMBRO POR ARTROSCOPIA				2.480.977,33
2671	819330	SUTURA DE FIBROCARTÍLAGO TRIANGULAR O DE LIGAMENTOS INTERCARPIANOS VÍA ARTROSCÓPICA				2.293.078,00
2672	819331	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VÍA ABIERTA				1.663.839,17
2673	819332	CAPSULORRAFIA ARTICULAR EN MUÑECA VIA ARTROSCOPICA				1.836.000,00
2674	819701	REVISIÓN DE ARTROPLASTIA DE HOMBRO				1.675.532,67
2675	830301	EXTRACCIÓN DE DEPÓSITOS CALCÁREOS O BURSA-SUBDELTOIDEOS O INTRATENDINOSOS				1.018.272,33
2676	831101	TENOTOMÍAS EN PIE (UNA O MÁS)				558.979,50
2677	831202	LIBERACIÓN PERIARTICULAR DE LA CADERA, CON TENOTOMÍAS (CADERA COLGANTE)				688.825,17
2678	831203	LIBERACIÓN DE FLEXORES DE CADERA				607.460,83
2679	831205	TENOTOMÍA DE CADERA VÍA ABIERTA				606.327,00
2680	831206	TENOTOMÍA DE CADERA VÍA ENDOSCÓPICA				598.999,67
2681	831207	CAPSULORRAFIA DE CADERA				1.937.732,33
2682	831303	TENOTOMÍAS EN BRAZO (UNA O MÁS)				525.954,50
2683	831304	TENOTOMÍAS EN ANTEBRAZO (UNA O MÁS)				525.954,50
2684	831305	TENOTOMÍA SIMPLE EN CUELLO (TORTÍCOLIS CONGÉNITA)				576.451,50
2685	831306	TENOTOMÍA MÚLTIPLE EN CUELLO				562.282,83
2686	831307	TENOTOMÍA DE MÚSCULOS ESPÁSTICOS (EXCEPTO MANO)				535.857,17
2687	831308	TENOTOMÍA EN PIERNA (UNA O MÁS)				542.988,50
2688	831309	TENOTOMÍAS DE ISQUIOTIBIALES (UNA O MÁS)				546.626,17
2689	831310	TENOTOMÍA TORÁCICA (EN DESCOMPRESIÓN)				623.660,67
2690	831311	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS) VÍA ABIERTA				563.230,50
2691	831312	TENOTOMÍAS EN HOMBRO (UNA O MÁS) VÍA ARTROSCOPICA				601.482,00
2692	831401	FASCIOTOMÍA O INCISIÓN DE FASCIA				1.267.340,33
2693	831402	INCISIÓN DE BANDA ILIOTIBIAL				1.293.142,00
2694	831403	ESCISIÓN PARCIAL DE FASCIA				1.322.172,67
2695	831450	FASCIOTOMÍA EN ANTEBRAZO, CON LIBERACIÓN EN CODO Y MUÑECA				1.234.622,33
2696	831461	FASCIOTOMÍA EN MUSLO, POR UNA O MÁS INCISIONES				1.203.458,33
2697	831471	FASCIOTOMÍA EN PIERNA POR UNA O MÁS INCISIONES				1.195.457,67
2698	831481	FASCIOTOMÍA EN PIE, UNA O MÁS INCISIONES				1.172.061,00
2699	831902	LIBERACIÓN DE MÚSCULO				1.905.446,00
2700	831910	SECCIÓN DE ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO				1.296.338,00
2701	832101	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA ABIERTA				593.653,00
2702	832102	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO: MÚSCULOS, TENDÓN, FASCIA Y BURSA (INCLUYENDO MANO) VÍA PERCUTÁNEA				672.481,33
2703	832103	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA ABIERTA				923.172,17
2704	832104	BIOPSIA DE DISCO INTERVERTEBRAL VÍA PERCUTÁNEA				619.576,67
2705	833001	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL				1.181.905,67
2706	833002	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE FASCIA, MÚSCULO, TENDÓN O SINOVIAL				1.256.669,33
2707	833101	ESCISIÓN DE GANGLIÓN DE ENVOLTURA DE TENDÓN, EXCEPTO DE MANO				1.206.663,33
2708	833201	ESCISIÓN DE MIOSITIS OSIFICANTE				1.189.898,00
2709	833202	ESCISIÓN O RESECCIÓN DE: HUESO HETEROTÓPICO O CALCIFICACIONES HETEROTÓPICAS EN MÚSCULO				1.338.203,00
2710	833203	ESCISIÓN DE CICATRIZ DE MÚSCULO				1.087.431,00
2711	833901	ESCISIÓN DE QUISTE POPLITEO (DE BAKER)				1.266.963,00
2712	834101	ESCISIÓN DE TENDÓN PARA INJERTO (DIFERENTE REGIÓN OPERATORIA)				1.285.695,50
2713	834201	ESCISIÓN DE APONEUROSIS O VAINA DE TENDÓN				1.378.702,33
2714	834203	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO, TENDÓN Y FASCIA EXCEPTO MANO				1.183.839,67
2715	834501	DESBRIDAMIENTO DE MÚSCULO				1.599.536,50
2716	834502	ESCALENECTOMÍA				1.412.764,67
2717	834910	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN BRAZO				1.535.701,17
2718	834920	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN ANTEBRAZO				1.358.633,33
2719	834930	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN MUSLO				1.373.717,33
2720	834940	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIERNA				1.356.758,00
2721	834950	LIMPIEZA Y DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICOS DE MÚSCULOS, TENDONES Y FASCIA EN PIE				1.356.758,00
2722	835101	BURSECTOMÍA ABIERTA				1.134.612,50
2723	835501	BURSECTOMÍA POR ARTROSCOPIA				1.244.191,00
2724	836301	REPARACIÓN DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ABIERTA				2.947.639,33
2725	836302	SUTURA DEL MANGUITO ROTADOR VÍA ENDOSCÓPICA				2.236.480,00
2726	836405	SUTURA DEL TENDÓN (TENODESIS) BICIPITAL POR ENDOSCOPIA				1.901.931,33
2727	837502	TRANSFERENCIAS DE TENDÓN EN PARÁLISIS RADIAL				1.741.604,67
2728	837702	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO				2.249.562,33
2729	838502	ALARGAMIENTO O ACORTAMIENTO DEL TENDÓN DE AQUILES				1.955.094,17
2730	838505	REPARACIÓN DEL TENDÓN DEL CUADRICEPS CON FIJACIÓN				2.719.479,00

2731	838601	CUADRICESPLASTIA ABIERTA				2.705.425,17
2732	838602	CUADRICEPLASTIA POR ARTROSCOPIA				2.875.599,00
2733	838830	TENODESIS				1.684.674,67
2734	839101	LISIS DE ADHERENCIAS DE TENDÓN [TENOLISIS]				945.478,00
2735	839601	INYECCIÓN O INFILTRACION DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE BURSA				23.136,25
2736	839701	INYECCIÓN O INFILTRACIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA DENTRO DE TENDÓN				23.136,25
2737	839901	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE HOMBRO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)				1.245.321,33
2738	839902	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE BRAZO (MÚSCULOS, TENDÓN, SINOVIAL)				1.165.287,33
2739	839903	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE ANTEBRAZO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)				1.161.617,67
2740	839906	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE CADERA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)				1.211.162,50
2741	839907	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE MUSLO (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)				1.160.081,33
2742	839908	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIERNA (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)				1.196.741,67
2743	839909	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE PIE (MÚSCULO, TENDÓN, SINOVIAL)				1.086.247,33
2744	840S01	AMPUTACIÓN A TRAVÉS DE ANTEBRAZO				1.672.168,00
2745	840601	DESARTICULACIÓN DE CODO				1.754.775,00
2746	840701	AMPUTACIÓN DE BRAZO				1.719.635,67
2747	840801	DESARTICULACIÓN DE HOMBRO				2.923.694,00
2748	840901	AMPUTACIÓN INTERTORACO ESCAPULAR				2.953.187,00
2749	841001	AMPUTACIÓN CON COLGAJO CERRADO DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO				1.778.239,00
2750	841002	AMPUTACIÓN KINEPLÁSTICA DE MIEMBRO INFERIOR SITIO NO ESPECIFICADO				1.975.049,67
2751	841101	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE DEDO DE PIE (CADA UNO)				704.625,67
2752	841201	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE RETROPIE				1.830.617,33
2753	841202	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE MEDIOPIE				1.899.907,67
2754	841203	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE ANTEPIE				1.919.628,00
2755	841401	AMPUTACIÓN DE TOBILLO A TRAVÉS DEL MALÉOLO DE TIBIA Y PERONÉ				1.917.424,50
2756	841501	AMPUTACIÓN O DESARTICULACIÓN DE PIERNA				1.888.164,00
2757	841601	DESARTICULACIÓN DE RODILLA				1.728.837,00
2758	841801	DESARTICULACIÓN DE CADERA				2.988.090,50
2759	842301	REIMPLANTE DEL MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DEL ANTEBRAZO				4.360.368,83
2760	842302	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DEL METACARPO				3.992.063,50
2761	842303	REIMPLANTE DE MANO A NIVEL DE LA MUÑECA				3.903.636,17
2762	842401	REIMPLANTE DE MIEMBRO SUPERIOR A NIVEL DE BRAZO				4.358.362,83
2763	842601	REIMPLANTE DE PIE				3.062.284,25
2764	842701	REIMPLANTE DE PIERNA				3.062.284,25
2765	843101	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE HOMBRO				1.235.349,00
2766	843201	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE ANTEBRAZO				1.237.897,50
2767	843301	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISION) DEL MUNON DE AMPUTACIÓN DE BRAZO				1.235.349,00
2768	843601	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DE MUSLO				1.695.520,00
2769	843701	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE LA PIERNA				1.673.686,00
2770	843801	REMODELACION [RECONSTRUCCION] (REVISION) DEL MUÑON DE AMPUTACIÓN DEL PIE O ARTEJOS				853.010,50
2771	843901	REMODELACIÓN [RECONSTRUCCIÓN] (REVISIÓN) DEL MUÑÓN DE AMPUTACIÓN DE CADERA				1.790.861,00
2772	849001	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES				2.675.642,00
2773	849002	CORRECCIÓN DE MALFORMACIÓN CONGENITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS POSTERIORES Y MEDIALES				2.748.485,33
2774	849003	CORRECCION DE MALFORMACION CONGENITA DE PIE CON LIBERACIÓN DE PARTES BLANDAS Y PARTES ÓSEAS				3.093.800,33
2775	849701	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA MULTIPLE: 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				5.697.102,00
2776	850101	DRENAJE EN MAMA DE COLECCIÓN POR MASTOTOMÍA O MAMOTOMÍA	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS CURSIVOS • NEONATOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO NO INCLUIDO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE DE FORMA SUBORDINAL AL PAQUETE QUIRURGICO.	1.474.039,25

2777	851101	BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE MAMA	PAQUETE	HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA MATERIALES LIMPIEZA DE CURACION AGUJA TRUCUT CANT 1 881701 ECOGRAFIA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTO CANT 1	• ESTANCIA • LABORATORIOCLINICONOINCLUIDOSENELINCLUSIONES • LABORATORIOPATOLOGICO • HEMODERIVADOSYSUSCOMPONENTES • ESTUDIOSRADIOLOGICOS • MEDICAMENTOS • INSUMOS BASICOS Y ESPECIALES Y/O ALTO COSTO SI OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	920.789,33
2778	851102	BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA (TRUCUT)	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	742.198,67
2779	851201	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA				673.798,00
2780	851301	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA CON ARPÓN U OTRO DISPOSITIVO				138.490,00
2781	851302	LOCALIZACIÓN DE LESIÓN NO PALPABLE DE MAMA POR ESTEREOTAXIA				488.979,00
2782	852101	RESECCIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA				957.383,00
2783	852201	RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA				2.190.186,17
2784	853103	MAMOPLASTIA DE REDUCCION UNILATERAL				4.716.824,00
2785	853104	MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN BILATERAL	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA MEDICAMENTOS EN ACTO QUIRURGICO (SOLO BASICOS) VISITA DE CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA CANT 1	EXCLUSIONES • ESTANCIA • LABORATORIO CLINICO NO INCLUIDOS EN EL INCLUSIONES • LABORATORIOS PATOLOGICOS • HEMODERIVADOS Y SUS COMPONENTES • ESTUDIOS RADIOLOGICOS • MEDICAMENTOS • INSUMOS Y ESPECIALES O ALTO COSTO SI OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	5.483.722,00
2786	854501	ESCISIÓN DE MAMA, MÚSCULOS PECTORALES Y GANGLIO LINFÁTICO REGIONALES				1.424.600,00
2787	858701	RECONSTRUCCIÓN DEL COMPLEJO AREOLA PEZÓN				3.400.200,00
2788	858702	DIFERIMIENTO DEL COMPLEJO AREOLA PEZON				3.353.955,33
2789	859402	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO DE MAMA BILATERAL				961.278,00
2790	860101	BIOPSIA DE PIEL CON SACABOCADO Y SUTURA SIMPLE				445.670,00
2791	860102	BIOPSIA INCISIONAL O ESCISIONAL DE PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO O MUCOSA (CON SUTURA)				459.935,00
2792	860201	PRUEBA INTRADÉRMICA DE ALERGIA				424.036,67
2793	860205	TUBERCULINA PRUEBA (DE MANTOUX)				67.262,67
2794	861101	DRENAJE DE COLECCIÓN SUPERFICIAL DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN				446.916,50
2795	861102	DRENAJE DE COLECCIÓN PROFUNDA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN				807.272,67
2796	861103	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL POR INCISIÓN O ASPIRACIÓN				595.058,33
2797	861104	DRENAJE DE COLECCION PROFUNDA DE TEJIDOS BLANDOS				914.330,33
2798	861201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA GENERAL POR INCISIÓN				515.530,17
2799	861202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL POR INCISIÓN				546.850,83
2800	861203	EXTRACCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS POR INCISIÓN				315.271,50
2801	861401	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO HASTA DE CINCO LESIONES				175.578,50
2802	861402	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO ENTRE CINCO A DIEZ LESIONES				257.522,83
2803	861403	INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON MEDICAMENTO DE MÁS DE DIEZ LESIONES				245.171,17
2804	861411	INYECCIÓN DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULÍNICA)				679.426,00
2805	861801	INSERCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS SUBDÉRMICOS				178.526,33
2806	861805	INSERCIÓN DE BOMBA DE INFUSIÓN TOTALMENTE IMPLANTABLE				3.461.944,00
2807	862001	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN CARA Y CUELLO				1.684.052,33
2808	862003	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN MUÑECAS O MANOS				1.399.762,67
2809	862004	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN TOBILLOS O PIES				1.477.287,83
2810	862005	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL EN ÁREA ESPECIAL EN GENITALES				1.777.451,00
2811	862006	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL MENOR DEL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL				1.421.734,50

2812	862007	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 10% AL 19% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL				1.634.524,67
2813	862008	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 20% AL 29% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL				2.887.042,67
2814	862009	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL ENTRE EL 30% AL 49% DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL				2.566.681,83
2815	862010	DESBRIDAMIENTO ESCISIONAL DEL 50% O MÁS DE SUPERFICIE CORPORAL EN ÁREA GENERAL				2.607.225,50
2816	862101	DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL				737.322,00
2817	862102	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE PILONIDAL				1.563.163,50
2818	862103	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL (CIERRE PARCIAL O ESCISION ABIERTA)				1.570.543,17
2819	862104	RESECCIÓN QUISTE PILONIDAL CON RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO				1.843.210,33
2820	862310	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES), CON CIERRE PRIMARIO				1.760.818,33
2821	862311	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTERICA Y OTRAS LOCALIZACIONES) CON OSTECTOMÍA, RESECCIÓN DE BURSA POR ÚLCERA Y CIERRE CON COLGAJO COMPUESTO				2.166.239,00
2822	862312	DESBRIDAMIENTO DE LESIÓN PROFUNDA (ÚLCERA) CON COCCIGECTOMÍA				1.752.951,50
2823	862313	ESCISIÓN DE ÚLCERA (SACRA, ISQUIÁTICA, TROCANTÉRICA Y OTRAS LOCALIZACIONES)				1.655.728,00
2824	862352	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TOBILLOS O PIES				1.038.428,67
2825	862353	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD SUPERIOR EXCEPTO MUÑECA MANOS				1.907.735,33
2826	862354	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EXTREMIDAD INFERIOR EXCEPTO TOBILLO PIE				1.873.952,00
2827	862355	ESCAROTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRONCO (TÓRAX O ABDOMEN)				1.907.735,33
2828	862701	ONICECTOMÍA				495.838,67
2829	862702	MATRICECTOMÍA PARCIAL				530.700,00
2830	862703	MATRICECTOMÍA TOTAL				527.160,67
2831	862801	DESBRIDAMIENTO NO ESCISIONAL DE TEJIDO DESVITALIZADO HASTA DEL 5% DE SUPERFICIE CORPORAL				884.345,00
2832	862901	FISTULECTOMÍA DE PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO				918.059,00
2833	863101	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, HASTA SEIS LESIONES				394.427,50
2834	863102	RESECCIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA GENERAL, MÁS DE SEIS LESIONES				408.838,50
2835	863103	RESECCION DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, HASTA TRES LESIONES				421.267,33
2836	863104	RESECCION DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A DIEZ LESIONES				815.118,67
2837	863105	RESECCION DE LESIONES CUTÁNEAS POR CAUTERIZACIÓN, FULGURACIÓN O CRIOTERAPIA EN ÁREA ESPECIAL, MÁS DE DIEZ LESIONES				763.393,00
2838	863690	ESCISIÓN O ABLACIÓN LOCAL DE LESIÓN CUTÁNEA				308.200,00
2839	864101	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL HASTA TRES CENTÍMETROS				871.212,00
2840	864102	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS				902.292,33
2841	864103	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, ENTRE CINCO A DIEZ CENTÍMETROS				902.720,67
2842	864104	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, DE MÁS DE DIEZ CENTÍMETROS				1.012.539,00
2843	864105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)				1.636.330,17
2844	864106	RESECCIÓN DE TUMOR MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO ÁREA GENERAL, CON REPARACIÓN (COLGAJO O INJERTO)				2.118.348,00
2845	864201	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, HASTA UN CENTÍMETRO				710.978,00
2846	864202	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE UNO A DOS CENTÍMETROS				745.246,67
2847	864203	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE DOS A TRES CENTÍMETROS				1.243.634,33
2848	864204	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, ENTRE TRES A CINCO CENTÍMETROS				986.420,00

2849	864205	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO DE PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO DE ÁREA ESPECIAL, DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS				1.248.560,67
2850	865101	SUTURA DE HERIDA ÚNICA, EN ÁREA GENERAL				560.595,33
2851	865102	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE, EN ÁREA GENERAL				1.635.552,67
2852	865201	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA				1.067.980,67
2853	865202	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS				1.047.919,33
2854	865203	SUTURA DE HERIDA ÚNICA DE PLIEGUES DE FLEXIÓN, GENITALES, MANOS Y PIES				821.465,33
2855	865204	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA				1.782.116,33
2856	865205	SUTURA DE HERIDA MÚLTIPLE DE CARA SIN COMPROMISO DE LABIOS O PÁRPADOS				1.889.867,67
2857	869401	RETIRO DE SUTURA EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO				370.918,75
2858	869501	CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO				65.954,50
2859	869601	INSERCIÓN (SUBCUTÁNEA) (TEJIDO BLANDO) DE EXPANSOR DE TEJIDOS (ÚNICO O MÚLTIPLE)	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGÍA ESTANCIA DERECHO DE SALA MEDICAMENTOS EN ACTO QUIRÚRGICO (SOLO BÁSICOS)	EXCLUSIONES • ESTANCIA • LABORATORIOS CLÍNICOS NO INCLUIDOS EN EL INCLUSIONES • LABORATORIO PATOLÓGICO • HEMODERIVADOS Y SUS COMPONENTES • ESTUDIOS RADIOLÓGICOS • MEDICAMENTOS • INSUMOS Y ESPECIALES/ O ALTO COSTO (U OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRÚRGICO)	2.445.464,50
2860	869701	RETIRO DE EXPANSOR TISULAR (ÚNICO O MÚLTIPLE)				2.622.166,50
2861	870001	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO SIMPLE				89.328,67
2862	870003	RADIOGRAFÍA DE BASE DE CRÁNEO				86.634,50
2863	870004	RADIOGRAFÍA DE SILLA TURCA				79.775,83
2864	870005	RADIOGRAFÍA DE MASTOIDES COMPARATIVAS				102.683,83
2865	870006	RADIOGRAFÍA DE PEÑASCOS				102.600,83
2866	870007	RADIOGRAFÍA DE CONDUCTO AUDITIVO INTERNO				103.496,83
2867	870101	RADIOGRAFÍA DE CARA (PERFILOGRAMA)				79.775,83
2868	870102	RADIOGRAFÍA DE ÓRBITAS				79.405,50
2869	870103	RADIOGRAFÍA DE AGUJEROS ÓPTICOS				79.553,83
2870	870104	RADIOGRAFÍA DE MALAR				79.775,83
2871	870105	RADIOGRAFÍA DE ARCO CIGOMÁTICO				79.775,83
2872	870107	RADIOGRAFÍA DE HUESOS NASALES				79.115,50
2873	870108	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES				79.405,50
2874	870112	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR SUPERIOR				79.775,83
2875	870113	RADIOGRAFÍA DE MAXILAR INFERIOR				79.553,83
2876	870131	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR (ATM)				79.405,50
2877	870601	RADIOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO				98.775,67
2878	870602	RADIOGRAFÍA DE CAVUM FARÍNGEO				96.635,67
2879	871010	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA CERVICAL				100.128,33
2880	871019	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA UNIÓN CÉRVICO DORSAL				99.537,33
2881	871020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA TORÁCICA				97.496,83
2882	871030	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA DORSOLUMBAR				96.629,33
2883	871040	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA				126.931,50
2884	871050	RADIOGRAFÍA DE SACRO COCCIX				95.444,17
2885	871060	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL				246.939,00
2886	871061	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE COLUMNA (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA) FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)				152.238,00
2887	871070	RADIOGRAFÍA DINÁMICA DE COLUMNA VERTEBRAL				57.973,83
2888	871091	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES SACROILÍACAS				65.185,00
2889	871111	RADIOGRAFÍA DE REJA COSTAL				82.986,83
2890	871112	RADIOGRAFÍA DE ESTERNÓN				78.360,50
2891	871121	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (P.A. O A.P. Y LATERAL, DECÚBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)				87.014,00
2892	871129	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES				78.496,50
2893	871320	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO				111.481,50
2894	872002	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE				100.215,33
2895	872011	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)				134.527,83
2896	872101	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL CONVENCIONAL				195.636,67
2897	872102	RADIOGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL DOBLE CONTRASTE				240.980,83
2898	872105	RADIOGRAFÍA DE COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE				238.567,50
2899	872121	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO)				238.328,00
2900	872122	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) CON DOBLE CONTRASTE				232.365,17
2901	872123	RADIOGRAFÍA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS (ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO) Y TRÁNSITO INTESTINAL				370.659,83
2902	872520	COLANGIOGRAFÍA-TOMOGRAFÍA				343.800,00
2903	873002	RADIOGRAFÍA DE HUESOS LARGOS SERIE COMPLETA (ESQUELETO AXIAL Y APENDICULAR)				291.178,67
2904	873004	RADIOGRAFÍA PARA DETECTAR EDAD ÓSEA (CARPOGRAMA)				64.172,00
2905	873111	RADIOGRAFÍA DE OMOPLATO				79.168,17
2906	873112	RADIOGRAFÍA DE CLAVÍCULA				61.068,67
2907	873121	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO				79.168,17
2908	873122	RADIOGRAFÍA DE ANTEBRAZO				61.068,67

2909	873202	RADIOGRAFÍA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS				62.293,00
2910	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO				79.168,17
2911	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO				61.068,67
2912	873206	RADIOGRAFÍA DE PUÑO O MUÑECA				61.068,67
2913	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO				61.068,67
2914	873302	RADIOGRAFÍA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES (ESTUDIO DE FARILL U OSTEOMETRÍA)				76.728,50
2915	873303	RADIOGRAFÍA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)				75.394,50
2916	873304	RADIOGRAFÍA AXIAL DE SESAMOIDEOS Y CABEZAS DE LOS METATARSIANOS				69.023,00
2917	873305	RADIOGRAFÍA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)				142.104,83
2918	873306	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRÍA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)				122.202,00
2919	873311	RADIOGRAFÍA DE ANTEVERSIÓN FEMORAL				102.591,67
2920	873312	RADIOGRAFÍA DE FEMUR (AP, LATERAL)				79.168,17
2921	873313	RADIOGRAFÍA DE PIERNA (AP, LATERAL)				79.168,17
2922	873333	RADIOGRAFÍA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)				61.068,67
2923	873335	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO (AXIAL Y LATERAL)				58.578,33
2924	873340	RADIOGRAFÍA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)				77.033,17
2925	873411	RADIOGRAFÍA DE CADERA O ARTICULACIÓN COXO-FEMORAL (AP, LATERAL)				67.871,33
2926	873420	RADIOGRAFÍA DE RODILLA (AP, LATERAL)				79.168,17
2927	873422	RADIOGRAFÍA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICIÓN VERTICAL (ÚNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)				65.907,17
2928	873423	RADIOGRAFIA TANGENCIAL O AXIAL DE ROTULA				92.414,00
2929	873431	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO (AP, LATERAL Y ROTACIÓN INTERNA)				61.068,67
2930	873443	RADIOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE EXTREMIDADES INFERIORES				35.802,50
2931	873444	RADIOGRAFIAS EN EXTREMIDADES PROYECCIONES ADICIONALES (STRESS, TUNEL, OBLICUAS)				33.245,17
2932	873501	FLUOROSCOPIA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS				194.169,67
2933	874123	ARTERIOGRAFÍA DE CARÓTIDA INTERNA UNILATERAL SELECTIVA EXTRACRANEANA	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA DERECHO DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • PSICOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • MALFORMACIONES CONGENITAS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL CUPS DE INCLUYE SE CORRERÁ ADICIONAL AL PAQUETE CORRESPONDIENTE	1.158.093,50
2934	874510	ARTROGRAFÍA DE ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR				203.923,67
2935	875442	DISCOGRAFÍA LUMBOSACRA (DOS O MÁS DISCOS)	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA	• ESTANCIA • LABORATORIOS CLINICOS (CON EXAMENES ESPECIALIZADOS) • CARDIOLOGIA ESPECIALIZADO • HEMODERIVADOS • ESTUDIOS RADIOLOGICOS • MEDICAMENTOS • INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • PSICOLOGIA ESPECIALIZADA • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL CUPS DE INCLUYE SE CORRERÁ ADICIONAL AL PAQUETE CORRESPONDIENTE	1.969.300,00
2936	876110	AORTOGRAMA TORÁCICO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA	• COMPLICACIONES • TRANSFUSIONES • HEMODERIVADOS	1.972.764,50

					[redacted]	
2937	876120	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA	INCLUYE: • MEDICAMENTOS • INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • ESTUDIOS PATOLÓGICOS • ESTANCIA ADICIONAL • SANGRE Y HEMODERIVADOS • TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL • ECOCARDIOGRAMA • SERVICIOS NO PBS • COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO Y PATOLOGIAS NO ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO • COMORBILIDADES • IMAGENOLOGIA • EXAMENES DE LABORATORIO (SOLO DEL PROCEDIMIENTO). • AYUDAS DIAGNÓSTICAS ESPECIALES • MEDICAMENTOS Y MANEJO DE COMORBILIDADES. • NO INCLUYE ECMO • ASISTENCIA VENTRICULAR • PROCEDIMIENTOS ADICIONALES. • VALOR DEL COILS, STENT, BALON, VÁLVULAS, MICROESFERAS, CATETER ESPECIALIZADOS, AMPLATZER, ONXE, RINCON MATERIAL EMBOLIZANTE, CATETERES PERMANENTES Y TRANSITORIOS, MARCAPASOS, CAPNOGRAFIA, ENFRIADOR, RESINCRONIZADOR, CARDIO RESINCRONIZADOR, MONITOR DE EVENTOS ENTRE OTROS. ESTOS INSUMOS SE FACTURARAN A PRECIO DE COMPRA MAS EL 19% NO INCLUYE IVA	1.681.639,50
2938	876121	ARTERIOGRAFÍA CORONARIA CON CATETERISMO DERECHO E IZQUIERDO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA	[redacted]	2.538.782,00

					[illegible]	
2939	876123	VALORACIÓN ANATÓMICA O FUNCIONAL DE ARTERIAS CORONARIAS	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHOS DE SALA	• EL PAQUETE NO INCLUYE CLASIFICACIONES DEL PROCEDIMIENTO • UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS • MEDICAMENTOS O DIS • INSUMOS BASICOS Y ESPECIALES O DE ALTO COSTO QUE SE EVENTUALMENTE SE QUE SE REQUIRAN, SERÁN FACTURADOS ADICIONAL AL PAQUETE DE ACUERDO CON LA TARIFA BASE ACTUALIZADA LOS MANUALES TARIFARIOS ACUERDOS VIGENTES A LA FECHA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y LOS LISTADOS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ACORDADOS Y VIGENTES A LA FECHA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS Y LO QUE NO SEA INCLUIDO EN ESTAS DE INSTALACIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO)	4.147.731,50
2940	876130	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHOS DE SALA	• CO • TRANSFUSIONES • HEMODERIVADOS • MEDICAMENTOS • MATERIALES SEMISUMOS ESPECIALES ALTO COSTO OSTEOSINTESIS PROTESIS ORTOPEDICOS ENDOPROTESIS IMPLANTES DE INCLUSION SATISFACTORIAS ADICIONALES AL PAQUETE QUIRURGICO)	2.032.498,00

					[illegible]	
2941	876132	ARTERIOGRAFÍA PULMONAR BILATERAL SELECTIVA	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA	•COMPLICACIONES(SI) •TRANSFUSIONES •HEMODERIVADOS •MATERIALES E INSUMOS ESPECIALES Y/O ALTO COSTO (U OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE	2.553.106,00
2942	876190	ARTERIOGRAFÍA SELECTIVA TORÁCICA DE OTROS VASOS	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHO DE SALA	• COMPLICACIONES SI/NO • TRANSFUSIONES • HEMODERIVADOS • MEDICAMENTOS • INSUMOS ESPECIALES TIPO DE ALTO COSTO MATERIALES EJECUTORES DE SERVICIO NO INCLUIDOS EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE TIQUIRICO) [illegible]	1.833.412,50

					[illegible]	
2943	876241	ANGIOGRAFÍA DE VENAS CAVAS O CAVOGRAFIA	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA - HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • MALA[illegible] QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	697.890,00
2944	876320	FLEBOGRAFÍA TORÁCICA (VENAS PULMONARES)	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGO AYUDANTE DERECHOS DE SALA	•COMPLICACIONES •TRANSFUSIONES •HEMODERIVADOS •MATERIALES E INSUMOS ESPECIALES Y/O ALTO COSTO O OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	2.533.747,00
2945	876802	MAMOGRAFÍA BILATERAL				271.864,67
2946	877110	AORTOGRAMA ABDOMINAL	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHOS DE SALA	INCLUYE: • MEDICAMENTOS • INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO ESTUDIOS PATOLÓGICOS. • ESTANCIA • HEMODERIVADOS • TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL • ECOCARDIOGRAMA • SERVICIOS NO PBS • COMPLICACIONES ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO • PATOLOGIAS NO ASOCIADAS AL PROCEDIMIENTO • COMORBILIDADES • IMAGENOLOGIA • EXAMENES DE LABORATORIO (SOLO DEL PROCEDIMIENTO). • AYUDAS DIAGNÓSTICAS ESPECIALES • MEDICAMENTOS • MANEJO DE COMORBILIDADES • NO INCLUYE ECMO • ASISTENCIA VENTRICULAR • PROCEDIMIENTOS ADICIONALES. • VALOR DEL CORE, STENT, BALÓN , VÁLVULAS, MICROESFERAS, CATÉTER ESPECIALIZADOS, AMPLATZER, OMX, NINGUN MATERIAL EMBOLIZANTE, CATETER ESPECIALMENTES Y TRANSITORIOS, MARCAPASOS, CARDIO DESFIBRILADOR, RESINCRONIZADOR, CARDIO RESINCRONIZADOR, MONITOR DE EVENTOS ENTRE OTROS, ESTOS INSUMOS SE FACTURARÁN A PRECIO DE COMPRA MAS EL 15%, NO INCLUYE [illegible]	1.642.829,00
2947	877603	COLANGIOGRAFÍA PERCUTÁNEA				1.354.373,67
2948	877802	UROGRAFÍA INTRAVENOSA				219.138,17
2949	877815	PIELOGRAFÍA RETRÓGRADA O ANTERÓGRADA				1.677.999,50
2950	878101	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD SUPERIOR	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • MALA[illegible] QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE	1.532.574,50

					INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRÚRGICO	
2951	878111	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL CON AORTOGRAMA TORÁCICO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRÚRGICO	2.035.955,50
2952	878201	ARTERIOGRAFÍA PERIFÉRICA DE UNA EXTREMIDAD INFERIOR POR FUNCIÓN	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DE ANESTESIOLOGIA AYUDANTIA DERECHOS DE SALA	•COMPLICACIONES •TRANSFUSIONES •HEMODERIVADOS •MATERIALES E INSUMOS ESPECIALES Y/O ALTO COSTO (U OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO)	3.640.738,00
2953	878301	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO SUPERIOR	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRÚRGICO	854.238,50
2954	878401	FLEBOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL ITEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRÚRGICO	884.733,00
2955	878903	VENOGRAFIA SELECTIVA				3.021.385,00
2956	879111	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE				590.128,33
2957	879112	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRÁNEO CON CONTRASTE				647.582,83
2958	879113	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE				741.426,67
2959	879116	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SILLA TURCA (HIPOFISIS)				634.513,50
2960	879121	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ÓRBITAS				503.269,50
2961	879122	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE OIDO, PEÑASCO Y CONDUCTO AUDITIVO INTERNO				647.606,50
2962	879131	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA				645.778,83
2963	879132	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE RINOFARINGE				701.577,67
2964	879150	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)				647.584,50
2965	879161	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CUELLO				551.458,33
2966	879162	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE				567.045,00
2967	879201	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)				487.485,67
2968	879205	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORÁCICO, LUMBAR O SACRO, COMPLEMENTO A MIELOGRAFIA (CADA SEGMENTO)				327.824,00
2969	879301	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TÓRAX				607.264,50
2970	879410	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN SUPERIOR				695.615,50
2971	879420	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE ABDOMEN Y PELVIS (ABDOMEN TOTAL)				805.429,17
2972	879430	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VIAS URINARIAS (UROTC)				880.379,83
2973	879431	UROGRAFIA CON TOMOGRAFIA COMPUTADA				288.311,00
2974	879460	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE PELVIS				547.995,00
2975	879510	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS SUPERIORES Y ARTICULACIONES				501.911,17
2976	879520	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES				501.616,83
2977	879522	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSIÓN FEMORAL O TORSIÓN TIBIAL)				266.506,17
2978	879910	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL				913.156,33
2979	879990	TOMOGRAFIA COMPUTADA COMO GUIA PARA PROCEDIMIENTOS				585.053,33
2980	881112	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON TRANSDUCTOR DE 7.MHZ O MÁS				146.722,50
2981	881118	ECOGRAFIA CEREBRAL TRANSFONTANELAR CON ANÁLISIS DOPPLER				176.194,50
2982	881130	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA				148.876,00
2983	881131	ECOGRAFIA DE GLÁNDULAS SALIVALES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MÁS				140.451,00
2984	881132	ECOGRAFIA DE CUELLO				195.483,33

2985	881141	ECOGRAFÍA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS				140.873,33
2986	881201	ECOGRAFÍA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS				149.570,33
2987	881202	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO				584.260,50
2988	881205	ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO				962.375,33
2989	881209	ECOCARDIOGRAFÍA INTRACARDÍACA				743.639,33
2990	881210	ECOCARDIOGRAMA DE STRESS CON PRUEBA DE ESFUERZO O CON PRUEBA FARMACOLÓGICA				1.767.362,33
2991	881211	ECOGRAFÍA DE TÓRAX (PERICARDIO O PLEURA)				129.586,33
2992	881302	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL				274.139,33
2993	881305	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN SUPERIOR				228.999,67
2994	881306	ECOGRAFÍA DE HIGADO, PÁNCREAS, VÍA BILIAR Y VESÍCULA				142.962,50
2995	881313	ECOGRAFÍA DE ABDOMEN (PÍLORO)				200.114,33
2996	881332	ECOGRAFÍA DE VÍAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PRÓSTATA TRANSABDOMINAL)				163.119,17
2997	881360	ECOGRAFÍA PELVICA CON ANÁLISIS DOPPLER				150.237,33
2998	881390	ECOGRAFÍA DEL ABDOMEN Y PELVIS COMO GUÍA DE PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O INTERVENCIONISTA				193.530,33
2999	881401	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSVAGINAL				133.597,67
3000	881402	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA TRANSABDOMINAL				118.306,33
3001	881403	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (ESTUDIO INTEGRAL FOLICULAR CON ECO VAGINAL)				113.616,83
3002	881410	ECOGRAFÍA PÉLVICA GINECOLÓGICA (HISTEROSONOGRAFÍA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFÍA)				141.879,33
3003	881431	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSABDOMINAL				103.713,17
3004	881432	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL				123.537,33
3005	881434	PERFIL BIOFÍSICO				150.606,00
3006	881435	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA CON EVALUACIÓN DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA Y FETAL				202.861,50
3007	881436	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL				219.587,17
3008	881437	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO				206.401,50
3009	881438	ECOCARDIOGRAFÍA FETAL				504.625,33
3010	881439	NEUROSONOGRAFÍA FETAL				556.222,33
3011	881501	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSABDOMINAL				159.883,33
3012	881502	ECOGRAFÍA DE PRÓSTATA TRANSRECTAL				130.305,50
3013	881510	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS				141.214,33
3014	881511	ECOGRAFÍA TESTICULAR CON ANÁLISIS DOPPLER				192.152,50
3015	881601	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES SUPERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS				148.110,33
3016	881602	ECOGRAFÍA DE TEJIDOS BLANDOS EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS				148.110,33
3017	881610	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE HOMBRO				149.133,33
3018	881611	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CODO				149.076,33
3019	881612	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PUÑO (MUÑECA)				149.343,33
3020	881613	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO				148.789,67
3021	881620	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE RODILLA				149.133,33
3022	881621	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO				149.133,33
3023	881622	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE				148.789,67
3024	881630	ECOGRAFÍA ARTICULAR DE CADERA				149.133,33
3025	881640	ECOGRAFÍA DE CALCÁNEO				149.973,00
3026	881701	ECOGRAFÍA COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS				205.871,33
3027	882112	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO				449.235,00
3028	882132	ECOGRAFIA DOPPLER DE OTROS VASOS PERIFÉRICOS DEL CUELLO				443.917,00
3029	882203	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS				451.217,33
3030	882212	ECOGRAFÍA DOPPLER DE AORTA ABDOMINAL				439.024,17
3031	882222	ECOGRAFÍA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES				450.539,33
3032	882282	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ESCROTALES				398.421,00
3033	882294	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN MASAS PÉLVICAS				176.151,50
3034	882296	ECOGRAFÍA DOPPLER CON EVALUACIÓN DE FLUJO SANGUÍNEO EN HIPERTENSIÓN PORTAL				405.039,17
3035	882298	ECOGRAFÍA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACIÓN PLACENTARIA				209.313,67
3036	882307	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES				416.591,00
3037	882308	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES				416.375,67
3038	882309	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES				415.962,33
3039	882316	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR				412.567,00
3040	882317	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS INFERIORES				412.567,00
3041	882318	ECOGRAFÍA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO INFERIOR				412.567,00
3042	882602	ECOGRAFÍA DOPPLER DE OTROS ÓRGANOS TRASPLANTADOS				328.113,33
3043	882840	ECOGRAFÍA DOPPLER COMO GUÍA PARA PROCEDIMIENTOS				375.953,50
3044	883101	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO				1.456.053,00
3045	883102	RESONANCIA MAGNÉTICA DE BASE DE CRÁNEO O SILLA TURCA				1.468.776,00
3046	883103	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS				1.468.776,00
3047	883104	RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO FUNCIONAL				1.357.607,67

3048	883105	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR				1.707.744,33
3049	883109	RESONANCIA MAGNETICA DE OIDOS				1.344.228,33
3050	883110	RESONANCIA MAGNÉTICA DE SENOS PARANASALES O CARA				1.341.337,00
3051	883111	RESONANCIA MAGNETICA DE CUELLO				1.341.337,00
3052	883112	RESONANCIA MAGNÉTICA DEL HIPOCAMPO CON ANALISIS VOLUMÉTRICO				1.373.677,33
3053	883210	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA CERVICAL SIMPLE				1.445.626,00
3054	883211	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA CERVICAL CON CONTRASTE				1.563.468,00
3055	883220	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA TORÁCICA SIMPLE				1.468.776,00
3056	883221	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORÁCICA CON CONTRASTE				1.425.043,67
3057	883230	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE				1.468.776,00
3058	883231	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBAR CON CONTRASTE				1.563.468,00
3059	883232	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA SIMPLE				1.302.120,67
3060	883233	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CONTRASTE				1.513.132,00
3061	883234	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA SIMPLE				1.306.033,00
3062	883235	RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA SACROCOXIGEA CON CONTRASTE				1.523.955,33
3063	883236	RASTREO DE COLUMNA TOTAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA				1.309.130,33
3064	883301	RESONANCIA MAGNETICA DEL TÓRAX				1.468.776,00
3065	883351	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MAMA				1.385.182,33
3066	883390	RESONANCIA MAGNÉTICA DE OTRAS ESTRUCTURAS NO ESPECIFICADAS DEL TÓRAX Y SISTEMA CARDIOVASCULAR				1.975.115,33
3067	883401	RESONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN				1.504.996,00
3068	883430	RESONANCIA MAGNÉTICA DE VÍAS BILIARES				1.175.155,67
3069	883434	COLANGIORESONANCIA				1.284.456,33
3070	883435	RESONANCIA MAGNETICA DE VÍA URINARIA [URORRESONANCIA]				1.598.582,00
3071	883436	RESONANCIA MAGNETICA DE INTESTINO (ENTERORM)				1.298.507,00
3072	883440	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PELVIS				1.470.635,67
3073	883441	RESONANCIA MAGNETICA DINÁMICA DE PISO PÉLVICO				1.325.019,33
3074	883442	RESONANCIA MAGNÉTICA OBSTETRICA				1.321.663,33
3075	883443	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLACENTA				1.313.408,00
3076	883511	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MIEMBRO SUPERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES				1.348.031,67
3077	883512	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO SUPERIOR (ESPECÍFICO)				1.177.970,67
3078	883521	RESONANCIA MAGNETICA DE MIEMBRO INFERIOR SIN INCLUIR ARTICULACIONES				1.346.816,33
3079	883522	RESONANCIA MAGNÉTICA DE ARTICULACIONES DE MIEMBRO INFERIOR (ESPECÍFICO)				1.176.487,67
3080	883545	RESONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACIONES COMPARATIVA				1.282.386,00
3081	883560	RESONANCIA MAGNÉTICA DE PLEJO BRAQUIAL				1.420.834,33
3082	883590	RESONANCIA MAGNETICA DE SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO				1.394.653,33
3083	883701	RESONANCIA MAGNÉTICA DE MEDULA ÓSEA (ESTUDIO DE SUPLENCIA VASCULAR)				1.497.713,33
3084	883901	RESONANCIA MAGNETICA DE CUERPO ENTERO				1.155.480,33
3085	883905	ESPECTROSCOPIA				1.393.077,67
3086	883908	RESONANCIA MAGNETICA DE VASOS				1.313.793,00
3087	883909	RESONANCIA MAGNÉTICA CON ANGIOGRAFÍA	PAQUETE	RESONANCIA PRINCIPAL CANT 1 MEDIO DE CONTRASTE (SEGÚN PRESCRIPCIÓN MÉDICA) CANT 1	• ESTANCIA • LABORATORIOCLINICOINCLUIDOSEINCLUSIONES • LABORATORIOPATOLOGICO • HEMODERIVADOSYSUSCOMPONENTES • ESTUDIOSRADIOLOGICOS • MEDICAMENTOS • INSUMOS BASICOS Y ESPECIALES Y/O ALTO COSTO SI OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN ITEMS DE INCLUSIONES SE FACTURARA ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	1.481.079,00
3088	883911	RESONANCIA MAGNETICA CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL				1.306.264,67
3089	883912	RESONANCIA MAGNÉTICA CON RECONSTRUCCION VIRTUAL				983.610,00
3090	890202	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS				178.990,67
3091	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETETICA				36.977,50
3092	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA				30.216,00
3093	890210	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR FONOAUDIOLOGÍA				65.355,25
3094	890226	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA				76.100,83
3095	890228	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA				141.657,00
3096	890235	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL				74.440,00
3097	890242	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA				80.381,33

3098	890246	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA				166.716,67
3099	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA				80.542,33
3100	890254	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA				173.805,00
3101	890266	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA				76.438,00
3102	890268	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA				163.816,33
3103	890273	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA				138.814,33
3104	890274	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA				172.083,33
3105	890280	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA				75.803,00
3106	890282	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA				78.963,00
3107	890283	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA				79.358,00
3108	890286	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS				161.405,67
3109	873204	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO				83.014,50
3110	890294	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA				99.385,00
3111	890302	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS				130.841,67
3112	890306	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA				63.404,17
3113	890308	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR PSICOLOGÍA				40.789,00
3114	890310	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR FONOAUDIOLOGÍA				54.036,83
3115	890326	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA				70.078,00
3116	890328	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA				136.845,00
3117	890335	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL				79.777,67
3118	890342	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA				83.117,33
3119	890346	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA				161.176,00
3120	890350	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA				81.973,00
3121	890354	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA				168.823,33
3122	890366	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA				97.152,67
3123	890368	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA				147.954,33
3124	890373	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA				149.765,00
3125	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA				142.436,00
3126	890380	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA				76.918,67
3127	890382	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA				104.585,00
3128	890383	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA				81.795,00
3129	890386	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS				124.738,00
3130	890394	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA				104.585,00
3131	890397	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES DE PSICOLOGÍA				64.407,00
3132	890402	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS				116.974,83
3133	890406	INTERCONSULTA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA				57.397,67
3134	890408	INTERCONSULTA POR PSICOLOGÍA				49.067,00
3135	890409	INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL				91.301,50
3136	890410	INTERCONSULTA POR FONOAUDIOLOGÍA				67.532,83
3137	890426	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA				90.505,50
3138	890428	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA				167.314,33
3139	890434	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GASTROINTESTINAL				171.603,50
3140	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL				92.013,83
3141	890435	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL				85.390,50
3142	890442	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA				76.947,00
3143	890443	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS				183.673,50
3144	890444	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA				196.400,00
3145	890446	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA				161.935,67
3146	890448	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA				211.609,50
3147	873205	RADIOGRAFÍA DE CODO				66.818,33

3148	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA				108.261,17
3149	890450	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA				76.424,00
3150	890454	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA				197.082,67
3151	890466	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA				97.429,50
3152	890468	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA				150.253,00
3153	890470	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA				190.113,67
3154	890471	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA				170.861,50
3155	890472	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA				171.138,50
3156	890473	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROCIRUGÍA				124.643,50
3157	890474	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA				137.185,00
3158	890480	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA				84.322,83
3159	890482	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA				75.582,00
3160	890483	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA				76.349,00
3161	890486	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS				122.303,67
3162	873206	RADIOGRAFIA DE PUÑO O MUÑECA				74.219,33
3163	890494	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA				69.947,67
3164	890502	PARTICIPACION EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA Y CASO (PACIENTE)				120.014,00
3165	890503	PARTICIPACIÓN EN JUNTA MÉDICA O EQUIPO INTERDISCIPLINARIO POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD Y CASO (PACIENTE)				118.179,67
3166	890601	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA GENERAL				50.344,33
3167	890602	CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA				76.273,00
3168	890606	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA				31.269,00
3169	890608	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR PSICOLOGÍA				41.450,33
3170	890612	ASISTENCIA INTRAHOSPITALARIA POR TERAPIA RESPIRATORIA				28.664,00
3171	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL				72.615,00
3172	891201	RINOMANOMETRÍA				139.255,67
3173	891202	RINOMANOMETRIA CON ALERGENO				139.255,67
3174	891401	ELECTROENCEFALOGRAMA CONVENCIONAL				211.887,67
3175	891901	MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO				281.802,83
3176	892003	URODINAMIA CON VALORACIÓN ANATOMICA				318.311,00
3177	892101	MANOMETRÍA PIELICA				92.118,50
3178	892201	CISTOMETROGRAMA				79.812,50
3179	892401	UROFLUJOMETRÍA				197.250,00
3180	892501	PERFIL DE PRESION URETRAL				100.400,00
3181	892601	ESFINTEROMANOMETRIA				106.800,00
3182	892801	CISTOMETRIA				125.734,00
3183	893812	REGISTRO DE OXIMETRÍA CUTÁNEA				43.999,00
3184	894102	PRUEBA DE ESFUERZO CARDIOVASCULAR				322.753,00
3185	895001	MONITOREO ELECTROCARDIOGRÁFICO CONTINUO (HOLTER)				399.208,00
3186	895004	MONITOREO AMBULATORIO DE PRESION ARTERIAL SISTEMICA				521.638,00
3187	895101	ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE				52.615,75
3188	896101	MONITORIO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÉMICA (TELEMETRÍA)				427.464,67
3189	896201	MONITORIZACIÓN DE PRESION VENOSA CENTRAL				282.375,00
3190	897011	MONITORIA FETAL ANTEPARTO				28.863,00
3191	897012	MONITORIA FETAL INTRAPARTO				130.194,00
3192	901001	ANTIBIOGRAMA (DISCO)				42.336,67
3193	901009	DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS (EDTA, TEST DE HODGE MODIFICADO, ÁCIDO BORÓNICO)				55.000,00
3194	901104	COLORACIÓN AZUL DE METILENO Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA				46.132,50
3195	901107	COLORACIÓN GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA				27.265,00
3196	901206	COPROCULTIVO				90.091,17
3197	901208	Cryptococcus neoformans CULTIVO				64.601,67
3198	901209	CULTIVO DE LIQUIDOS CORPORALES (BILIS L.C.R PERITONEAL PLEURAL ASCITICO SINOVIAL OTROS DIFERENTE A ORINA)				127.710,33
3199	901212	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA				80.055,67
3200	901213	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL				41.965,33
3201	901217	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MÉDULA ÓSEA ORINA Y HECES				46.989,00
3202	901221	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA				67.107,50
3203	901223	HEMOCULTIVO ANAEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA				79.932,00
3204	901230	Mycobacterium tuberculosis CULTIVO				67.986,33
3205	901304	EXAMEN DIRECTO FRESCO DE CUALQUIER MUESTRA				29.832,83
3206	901305	EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS (KOH)				19.339,17
3207	901325	EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA				25.100,00
3208	901326	Leishmania EXAMEN DIRECTO				29.657,50
3209	902024	FIBRINÓGENO				23.439,67
3210	902041	RETRACCIÓN DE COAGULO				16.884,00
3211	902042	TIEMPO ACTIVADO DE COAGULACIÓN				28.299,83
3212	902045	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]				36.466,17

3213	902048	TIEMPO DE TROMBINA				23.828,00
3214	902049	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)				37.539,17
3215	902104	DIMERO D AUTOMATIZADO				63.489,33
3216	902121	PRUEBA DE CICLAJE (CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS)				12.594,83
3217	902204	ERITROSEDIMENTACIÓN (VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG) MANUAL				7.008,00
3218	902206	EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA ESTUDIO DE MORFOLOGÍA				10.833,67
3219	902210	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO				26.960,33
3220	902211	HEMATOCRITO				7.977,67
3221	902213	HEMOGLOBINA				15.426,00
3222	902214	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTA GRUESA				14.304,00
3223	902217	PRUEBA DE TORNIQUETE (FRAGILIDAD CAPILAR)				19.736,00
3224	902220	RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO				10.922,00
3225	902221	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL				12.530,00
3226	902223	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL				19.538,00
3227	903013	ESPERMOGRAMA COMPLETO				145.848,33
3228	903026	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL				58.188,33
3229	903044	SATURACIÓN DE TRANSFERRINA				78.324,17
3230	903046	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA				108.580,17
3231	903062	MEDICIÓN DE GASES EN SANGRE VENOSA				85.936,67
3232	903065	PRO PÉPTIDO ATRIAL NATRIURÉTICO (PRO-BNP) (PÉPTIDO CEREBRAL NATRIURÉTICO)				74.025,00
3233	903436	TROPONINA I CUALITATIVA				75.760,17
3234	903437	TROPONINA I CUANTITATIVA				84.310,83
3235	903502	LÍQUIDO AMNIÓTICO ÍNDICE DE MADUREZ FETAL PULMONAR (LECITINA-ESFINGOMIELINA O SULFACTANTE-ALBUMINA - FOSFATIDIL GLICEROL RECUENTO DE CÉLULAS LAMELARES O ESPECTROFOTOMETRÍA 650 nm)				195.548,00
3236	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)				62.584,50
3237	903506	OTROS LÍQUIDOS (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS)				68.831,00
3238	903603	CALCIO AUTOMATIZADO				21.851,50
3239	903604	CALCIO IÓNICO				28.811,00
3240	903702	VITAMINA B1 (TIAMINA)				272.099,83
3241	903801	ÁCIDO ÚRICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS				18.205,17
3242	903803	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS				208.987,33
3243	903805	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS				24.634,00
3244	903807	ASPIRADO GÁSTRICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO DE POLIMORFONUCLEARES)				49.488,33
3245	903809	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA				14.872,50
3246	903811	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS				216.899,17
3247	903813	CLORO				18.830,33
3248	903814	CLORO EN ORINA DE 24 HORAS				401.430,67
3249	903817	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD (LDL) AUTOMATIZADO				36.485,00
3250	903818	COLESTEROL TOTAL				33.399,83
3251	903820	CREATIN QUINASA (FRACCIÓN MB) AUTOMATIZADA				42.901,83
3252	903821	CREATIN QUINASA TOTAL (CK-CPK)				20.241,00
3253	903823	CREATININA DEPURACIÓN				25.405,50
3254	903826	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA				30.218,67
3255	903833	FOSFATASA ALCALINA				25.921,33
3256	903835	FÓSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS				28.822,67
3257	903839	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)				61.004,33
3258	903841	GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA				20.029,17
3259	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA				49.274,00
3260	903843	GLUCOSA PRE Y POST PRANDIAL				49.888,00
3261	903844	GLUCOSA CURVA DE TOLERANCIA				85.546,83
3262	903845	GLUCOSA TEST O' SULLIVAN				38.046,33
3263	903847	LIPASA				50.047,67
3264	903848	LÍQUIDO AMNIÓTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO: CÉLULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)				59.716,83
3265	903849	LÍQUIDO ASCÍTICO (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO)				67.461,50
3266	903850	LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON GLUCOSA PROTEÍNAS MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)				69.438,83
3267	903851	LÍQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON DETECCIÓN DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y AMILASA)				59.370,67
3268	903852	LÍQUIDO PLEURAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LÁCTICA)				66.002,17
3269	903853	LÍQUIDO SINOVIAL (EXAMEN FÍSICO Y CITOQUÍMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGÍA DE ERITROCITOS Y LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEÍNAS Y TEST DE MUCINA)				69.378,83
3270	903854	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS				27.189,50
3271	903855	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS				219.494,17
3272	903856	NITROGENO UREICO				14.774,83

3273	903857	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS				14.062,83
3274	903859	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS				34.905,83
3275	903860	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS				34.511,83
3276	903861	PROTEÍNAS DIFERENCIADAS (ALBUMINA-GLOBULINA)				89.565,50
3277	903862	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS				10.411,00
3278	903863	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS				14.149,83
3279	903864	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS				29.811,00
3280	903865	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS				218.086,50
3281	903866	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRÚVICA (ALANINO AMINO TRANSFERASA)				26.686,50
3282	903867	TRANSAMINASA GLUTÁMICO OXALACETICA (ASPARTATO AMINO TRANSFERASA)				39.178,50
3283	903868	TRIGLICERIDOS				13.937,00
3284	903869	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS				14.237,33
3285	903881	CREATINA EN ORINA DE 24 HORAS				20.641,00
3286	903884	TEST DE O'SULLIVAN CONFIRMATORIO (CUATRO MUESTRAS)				58.459,33
3287	903886	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)				67.355,50
3288	903887	PRUEBA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POR 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)				56.822,00
3289	903895	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS				13.893,00
3290	904105	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE				325.267,83
3291	904107	HORMONA LUTEINIZANTE				287.614,83
3292	904108	PROLACTINA				256.024,17
3293	904508	GONADOTROPINA CORIÓNICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO				66.932,00
3294	904510	PROGESTERONA				64.158,00
3295	904702	INSULINA PRE Y POST GLUCOSA				57.392,00
3296	904703	INSULINA CURVA (CINCO MUESTRAS)				134.008,83
3297	904704	INSULINA (CADA MUESTRA)				258.012,00
3298	904711	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (3 MUESTRAS: 0 60 Y 120 MINUTOS)				76.551,33
3299	904712	INSULINA CURVA DE 2 HORAS (4 MUESTRAS: 0 30 60 Y 120 MINUTOS)				93.640,67
3300	904713	INSULINA CURVA DE 3 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 90 120 Y 180 MINUTOS)				113.142,50
3301	904714	INSULINA CURVA DE 4 HORAS (6 MUESTRAS: 0 30 60 120 180 Y 240 MINUTOS)				127.430,00
3302	904902	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES				91.111,83
3303	904904	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE				70.254,50
3304	904921	TIROXINA LIBRE				64.966,33
3305	904922	TIROXINA TOTAL				71.572,17
3306	904924	TRIYODOTIRONINA LIBRE				82.415,00
3307	904925	TRIYODOTIRONINA TOTAL				87.986,00
3308	906002	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL				30.305,00
3309	906029	Leptospira ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				45.842,67
3310	906030	Leptospira ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				49.035,00
3311	906039	Treponema pallidum ANTICUERPOS (PRUEBA TREPONEMICA) MANUAL O SEMIAUTOMATIZADA O AUTOMATIZADA				35.910,00
3312	906040	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				85.260,33
3313	906041	Treponema pallidum ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				92.221,83
3314	906128	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig G MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO				107.067,33
3315	906129	Toxoplasma gondii ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO				298.117,00
3316	906205	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				66.375,33
3317	906206	Citomegalovirus ANTICUERPOS Ig M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				70.141,00
3318	906207	Dengue ANTICUERPOS Ig G				108.504,00
3319	906208	Dengue ANTICUERPOS Ig M				86.530,17
3320	906209	Dengue ANTICUERPOS TOTALES				162.575,33
3321	906228	Herpes I ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				85.512,67
3322	906229	Herpes I ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				78.670,00
3323	906230	Herpes II ANTICUERPOS Ig G MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				69.135,00
3324	906231	Herpes II ANTICUERPOS Ig M MANUAL, SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				71.684,00
3325	906241	Rubeola ANTICUERPOS Ig G AUTOMATIZADO				264.815,50
3326	906243	Rubeola ANTICUERPOS Ig M AUTOMATIZADO				295.961,50
3327	906249	Virus de Inmunodeficiencia Humana 1 Y 2 ANTICUERPOS				103.367,00
3328	906250	Virus de Inmunodeficiencia Humana PRUEBA CONFIRMATORIA				399.066,17
3329	906263	Hepatitis C ANTICUERPOS MANUAL				141.845,17
3330	906270	SARS CoV2 (COVID-19) ANTICUERPOS Ig G				79.828,50
3331	906271	SARS CoV2 (COVID-19) ANTICUERPOS Ig M				82.775,00
3332	906305	Arbovirus ANTÍGENO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				165.771,50
3333	906316	Giardia lamblia MANUAL				58.903,00
3334	906317	Hepatitis B ANTIGENO DE SUPERFICIE (Ag HBs)				109.315,33

3335	906318	Hepatitis B ANTÍGENO e (Ag HBe) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				80.967,00
3336	906340	SARS CoV 2 (COVID-19) ANTÍGENO				54.984,50
3337	906814	FAGOCITOSIS ESTUDIO				50.997,00
3338	906841	PROCALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO				119.956,33
3339	906906	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO				53.588,83
3340	906908	COMPLEMENTO SÉRICO C4 AUTOMATIZADO				44.170,50
3341	906911	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL				26.892,83
3342	906914	PROTEÍNA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO				15.959,17
3343	906915	PRUEBA NO TREPONEMICA MANUAL				18.446,00
3344	907001	AZUCARES REDUCTORES EN HECES				13.381,50
3345	907002	COPROLÓGICO				13.908,50
3346	907004	COPROSCÓPICO				52.170,17
3347	907005	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)				23.470,67
3348	907006	GRASAS NEUTRAS EN HECES (SUDÁN III)				212.171,50
3349	907007	OXIUROS (IDENTIFICACIÓN PERIANAL (CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM)				14.700,00
3350	907013	COPROLOGICO SERIADO TRES MUESTRAS				12.286,00
3351	907014	COPROSCÓPICO SERIADO TRES MUESTRAS				48.400,00
3352	907106	UROANÁLISIS				13.415,00
3353	907109	DENSIDAD URINARIA				19.736,00
3354	908326	BETA GALACTOCIDASA ACTIVIDAD				205.629,00
3355	908808	Herpes simplex CARGA VIRAL				302.146,67
3356	908832	Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL				146.561,67
3357	908872	Herpes simplex I y II IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)				239.991,67
3358	908873	Mycobacterium tuberculosis IDENTIFICACIÓN POR PRUEBAS MOLECULARES (ESPECÍFICO)				251.073,67
3359	911003	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTÉCNICA				64.418,00
3360	911009	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTÉCNICA				19.138,00
3361	911015	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA Rh (ANTÍGENO Rh D) POR MICROTÉCNICA				39.066,00
3362	911017	HEMOCLASIFICACIÓN SISTEMA ABO DIRECTA (HEMOCLASIFICACIÓN GLOBULAR) POR MICROTÉCNICA				16.378,00
3363	911102	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS ESTÁNDAR				108.189,00
3364	911105	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO				111.383,50
3365	911107	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS				627.684,00
3366	911110	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS LAVADOS				630.647,00
3367	911111	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO				102.039,67
3368	911116	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS POBRE EN LEUCOCITOS (CAPA LEUCOPLAQUETARIA)				426.030,50
3369	911201	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS POR AFERESIS				2.417.011,67
3370	911302	RECAMBIO PLASMÁTICO TERAPÉUTICO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA ENFERMERO AUXILIAR NO PLASMAFERESIS (UNA) USO DEL EQUIPO PARA REALIZAR LAS TERAPIAS CONTINUAS (UNA)	NO INCLUYE: • SOLUCIÓN DE REPOSICIÓN, ESTA SE FACTURA POR APARTE SI SEA EL CASO (ALBUMINA - PLASMA) • COMPLICACIONES CLÍNICAS • ALERGIAS • INFECCIONES • EVENTOS E INCIDENTES • PACIENTES Y/O ALTO COSTO • OTROS SERVICIOS NO • CUALQUIER OTRO ITEM DE • CUESTIONES DE FACTURACIÓN • INCLUIDO AL PAQUETE • CANCELACIÓN • ESTADÍA • SERVICIO DE UCI • MEDICAMENTOS COMO • CANCELACIÓN DEL FILTRO O • CUESTIONES DE LA • CAMBIO POR PARTE MÉDICO • ITEM CALLES AMBIENTES • FACTURA O CUALQUIER OTRO SERVICIO NO INCLUIDO EN EL PAQUETE	5.166.720,00
3371	912001	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE CRIOPRECIPITADO				65.760,50
3372	912002	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE GLÓBULOS ROJOS O ERITROCITOS				84.176,33
3373	912003	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLAQUETAS				66.609,33
3374	912005	TRANSFUSIÓN DE LA UNIDAD DE PLASMA FRESCO CONGELADO				59.868,67
3375	930106	EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE DESORDENES DE LENGUAJE				28.664,00
3376	930107	PRUEBAS FONOAUDIOLÓGICAS DEL HABLA				39.527,33
3377	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL				28.374,00
3378	933601	TERAPIA DE REHABILITACION CARDIOVASCULAR				94.064,17
3379	935001	INMOVILIZACIÓN, PRESIÓN Y CUIDADO DE HERIDA				79.697,00
3380	935101	APLICACIÓN DE VENDAJE ENYESADO				109.700,00
3381	935301	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR (EXCEPTO MANO)				85.676,00
3382	935302	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MANO				85.622,67

3383	935303	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO O ARNÉS TORACOLUMBOSACRO				69.987,00
3384	935304	APLICACION O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR (MUSLO, PIERNA O TOBILLO)				76.801,33
3385	935305	APLICACION O CAMBIO DE YESO EN PIE				82.910,67
3386	935306	APLICACION O CAMBIO DE YESO, ESPICA, ARNÉS O ALMOHADILLA PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA)				114.229,17
3387	935307	APLICACIÓN O CAMBIO DE YESO PARA INMOVILIZACIÓN DE PELVIS (CADERA) Y CÓCCIX				129.661,00
3388	935308	MANIPULACION Y APLICACION DE YESO PARA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE PIE				63.054,67
3389	935401	APLICACIÓN DE FÉRULA				178.687,00
3390	935701	APLICACIÓN DE OTRO VENDAJE (NO COMPRESIVO) EN HERIDA				102.700,00
3391	935901	APLICACIÓN DE VENDAJE DE VELPEAU				89.845,00
3392	936801	INMOVILIZACIÓN O MANIPULACIÓN ARTICULAR INESPECÍFICA				397.572,50
3393	937001	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL				38.253,50
3394	937101	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA PROBLEMAS EVOLUTIVOS Y ADQUIRIDOS DEL LENGUAJE ORAL Y ESCRITO				36.782,00
3395	937301	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES AUDITIVOS COMUNICATIVOS				44.900,00
3396	937401	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA PARA DESÓRDENES COGNITIVO COMUNICATIVOS				44.900,00
3397	939401	MEDICACIÓN RESPIRATORIA ADMINISTRADA MEDIANTE NEBULIZACION (AEROSOLTERAPIA)				36.207,00
3398	939402	NEBULIZACION				21.662,25
3399	939403	TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL				33.304,75
3400	940101	ADMINISTRACIÓN (APLICACIÓN) DE PRUEBA DE INTELIGENCIA (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)				72.139,00
3401	940201	ADMINISTRACIÓN (APLICACIÓN) DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) (CADA UNA)				97.104,00
3402	943102	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL POR PSICOLOGÍA				28.292,00
3403	944002	PSICOTERAPIA DE PAREJA POR PSICOLOGÍA				57.200,00
3404	944102	PSICOTERAPIA FAMILIAR POR PSICOLOGÍA				122.111,50
3405	944202	PSICOTERAPIA DE GRUPO POR PSICOLOGÍA				47.727,00
3406	952302	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MONOFOCALES				243.921,50
3407	952303	POTENCIALES VISUALES EVOCADOS MULTIFOCALES				295.922,50
3408	954107	AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS AEREOS Y OSEOS CON ENMASCARAMIENTO (AUDIOMETRÍA TONAL)				70.464,67
3409	954301	LOGOAUDIOMETRÍA				60.866,33
3410	954314	PRUEBAS DE FATIGA ACÚSTICA				32.064,33
3411	954602	ELECTROCOCLEOGRAFÍA (ECOG)				336.754,00
3412	954603	METODO DE DESPLAZAMIENTO (PROETZ)				20.355,33
3413	960201	INSERCIÓN DE VÍA AÉREA OROFARÍNGEA				115.344,50
3414	961401	TAPONAMIENTO VAGINAL				144.200,00
3415	961601	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO EN URETRA				36.571,00
3416	962301	DILATACIÓN INSTRUMENTAL O MANUAL DE LA VAGINA				52.796,25
3417	963101	LAVADO GÁSTRICO PARA HIPOTERMIA O CONGELACIÓN GÁSTRICA				42.169,75
3418	963301	LAVADO GÁSTRICO DE LIMPIEZA				31.374,25
3419	963801	EXTRACCIÓN DIGITAL O MANUAL DE HECES IMPACTADAS				192.097,00
3420	964901	INSTILACIÓN GENITOURINARIA				63.469,00
3421	965201	LAVADO E IRRIGACIÓN DE OÍDOS				34.466,67
3422	965202	CURACIÓN DE OÍDO				52.402,00
3423	965203	CURACIÓN DE OÍDO VÍA ENDOSCÓPICA				47.351,00
3424	965301	IRRIGACIÓN O CURACIÓN DE CONDUCTOS NASALES				49.000,00
3425	965901	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA GENERAL				291.006,33
3426	965902	LAVADO, IRRIGACIÓN Y CUIDADOS DE HERIDA EN ÁREA ESPECIAL				250.836,33
3427	970101	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) NASOGÁSTRICO O DE ESOFAGOSTOMÍA				168.519,00
3428	970201	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) DE GASTROSTOMÍA				146.153,00
3429	970301	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO DELGADO				296.500,00
3430	970401	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO DE ENTEROSTOMÍA DEL INTESTINO GRUESO				203.310,50
3431	970501	SUSTITUCIÓN DE TUBO (SONDA) O DISPOSITIVO EN VÍAS BILIARES O CONDUCTO PANCREÁTICO	PAQUETE	HONORARIOS DE ESPECIALISTA HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO AYUDANTIA INSTRUMENTADOR AUXILIAR DERECHOS DE SALA	• INSUMOS ESPECIALES Y DE ALTO COSTO • TECNOLOGIA ESPECIALIZADA • MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO • COMPLICACIONES • HALLAZGOS QUIRURGICOS • HEMODERIVADOS • O CUALQUIER OTRO SERVICIO Y/O INSUMO NO DETALLADO EN EL CTEMS DE INCLUYE SE COBRARÁ ADICIONAL AL PAQUETE QUIRURGICO	3.600.702,00
3432	971101	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO SUPERIOR				109.700,00
3433	971201	SUSTITUCIÓN DE ESCAYOLA O FÉRULA EN MIEMBRO INFERIOR				107.503,00
3434	972101	SUSTITUCIÓN DE TAPÓN NASAL				85.113,75
3435	972301	SUSTITUCIÓN DE TUBO DE TRAQUEOSTOMÍA				252.717,00
3436	973201	EXTRACCIÓN DE TAPÓN NASAL				70.292,50
3437	973801	RETIRO DE SUTURAS DE CABEZA Y CUELLO (RETIRO DE PUNTOS)				243.948,25
3438	976203	EXTRACCIÓN DE CATÉTER URETERAL VÍA ENDOSCÓPICA	PAQUETE	HONORARIOS DE UROLOGO HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO	• ESTANCIA •	1.222.428,25

				AYUDANTIA ENFERMERO AUXILIAR DERECHOS DE SALA [illegible]	LABORATORIO CLINICO (HEMOGRAMA, UROSEDIMENTO, LIPIDOS) + LABORATORIO PATOLOGICO + MEDICAMENTOS POSTQUIRURGICOS + ESTUDIOS RADIOLOGICOS DIAGNOSTICOS ESPECIALES TOCOESTOS OTROS [illegible]	
3439	976501	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO URETRAL				50.207,00
3440	977101	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO INTRAUTERINO (DIU)				353.695,75
3441	977201	EXTRACCIÓN DE TAPÓN INTRAUTERINO				837.600,00
3442	981101	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO				100.938,50
3443	981201	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA TRANSNASAL				100.938,50
3444	981202	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO DE LA NARIZ SIN INCISIÓN VÍA ENDOSCÓPICA				97.038,00
3445	981601	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DEL ÚTERO				3.185.000,00
3446	981901	EXTRACCIÓN SIN INCISIÓN DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA URETRA				3.480.027,50
3447	990105	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA				17.687,50
3448	990106	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA				19.368,50
3449	990108	EDUCACIÓN GRUPAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA				17.662,75
3450	990205	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA				13.638,00
3451	990206	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR PSICOLOGÍA				13.039,83
3452	990208	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR FISIOTERAPIA				23.224,83
3453	990210	EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN SALUD, POR FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA				13.775,00
3454	992101	INFILTRACIÓN, IRRIGACIÓN O INSTILACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SUBESCARA				42.818,00
3455	993102	VACUNACIÓN CONTRA TUBERCULOSIS (BCG)				13.567,00
3456	993503	VACUNACIÓN CONTRA Hepatitis B				13.567,00
3457	996102	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA A TÓRAX CERRADO				495.864,33
3458	873210	RADIOGRAFÍA DE MANO				62.273,00
3459	998701	SOPORTE ANESTÉSICO PARA CONSULTA O APOYO DIAGNÓSTICO				55.096,00
3460	105M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL				948.711,00
3461	106M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO				860.589,33
3462	107M01	INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO				794.773,17
3463	129A01	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)				371.923,33
3464	129A02	INTERNACION ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE				308.285,17
3465	130A01	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL (INCLUYE AISLAMIENTO GENERAL Y PARA TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS)				459.944,67
3466	130A02	INTERNACION PEDIATRICA COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE				371.204,17
3467	5DS002	DERECHOS DE SALA DE CURACIONES O PROCEDIMIENTOS				26.285,50
3468	5DS003	DERECHOS DE SALA DE PEQUEÑA CIRUGÍA (SUTURAS)				68.245,50
3469	5DS004	DERECHOS DE SALA DE YESOS				91.334,50
3470	5DSA01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD ALTA				145.428,67
3471	5DSM01	DERECHOS DE SALA DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS COMPLEJIDAD MEDIANA				122.863,75
		I – TRASLADO AMBULANCIA BASICO				
		VALOR TRASLADO SECUNDARIO - SENCILLO				
3472	601T0201	EN MAICAO PACIENTE ADULTO				164.880,00
3473	601T0202	EN MAICAO PACIENTE PEDIÁTRICO				164.880,00
3474	601T0203	EN MAICAO PACIENTE NEONATAL				200.000,00
3475	601T0204	MAICAO - RIOHACHA PACIENTE ADULTO				951.170,00
3476	601T0205	MAICAO - RIOHACHA PACIENTE PEDIÁTRICO				951.170,00
3477	601T0206	MAICAO - RIOHACHA PACIENTE NEONATAL				1.402.714,50
3478	601T0207	MAICAO - URIBIA PACIENTE ADULTO				960.238,50
3479	601T0208	MAICAO - URIBIA PACIENTE PEDIÁTRICO				960.238,50
3480	601T0209	MAICAO - URIBIA PACIENTE NEONATAL				1.601.907,50
3481	601T0210	MAICAO - SAN JUAN DEL CESAR PACIENTE ADULTO				1.797.015,00
3482	601T0211	MAICAO - SAN JUAN DEL CESAR PACIENTE PEDIÁTRICO				1.797.015,00
3483	601T0212	MAICAO - SAN JUAN DEL CESAR PACIENTE NEONATAL				2.830.814,50
3484	601T0213	MAICAO - VALLEDUPAR PACIENTE ADULTO				2.389.268,00
3485	601T0214	MAICAO - VALLEDUPAR PACIENTE PEDIÁTRICO				2.389.268,00
3486	601T0215	MAICAO - VALLEDUPAR PACIENTE NEONATAL				3.642.898,50
3487	601T0216	MAICAO - SANTA MARTA PACIENTE ADULTO				3.076.496,50
3488	601T0217	MAICAO - SANTA MARTA PACIENTE PEDIÁTRICO				3.076.496,50
3489	601T0218	MAICAO - SANTA MARTA PACIENTE NEONATAL				4.549.957,50
3490	601T0219	MAICAO - BARRANQUILLA PACIENTE ADULTO				4.275.246,00

3491	601T0220	MAICAO - BARRANQUILLA PACIENTE PEDIÁTRICO					4.275.246,00
3492	601T0221	MAICAO - BARRANQUILLA PACIENTE NEONATAL					6.313.138,00
3493	601T0222	MAICAO - CARTAGENA PACIENTE ADULTO					5.836.367,00
3494	601T0223	MAICAO - CARTAGENA PACIENTE PEDIÁTRICO					5.836.367,00
3495	601T0224	MAICAO - CARTAGENA PACIENTE NEONATAL					8.652.579,50
		[illegible]					
		VALOR TRASLADO SECUNDARIO - TERRESTRE					
3496	602T0225	EN MAICAO PACIENTE ADULTO					286.580,00
3497	602T0226	EN MAICAO PACIENTE PEDIÁTRICO					286.580,00
3498	602T0227	EN MAICAO PACIENTE NEONATAL					332.500,00
		[illegible]					
		VALOR TRASLADO SECUNDARIO - AEREO					
3499	602T0228	EN MAICAO PACIENTE ADULTO					358.834,00
3500	602T0229	EN MAICAO PACIENTE PEDIÁTRICO					358.834,00
3501	602T0230	EN MAICAO PACIENTE NEONATAL					400.000,00
3502	602T0231	MAICAO - RIOHACHA PACIENTE ADULTO					1.481.008,50
3503	602T0232	MAICAO - RIOHACHA PACIENTE PEDIÁTRICO					1.481.008,50
3504	602T0233	MAICAO - RIOHACHA PACIENTE NEONATAL					1.557.514,50
3505	602T0234	MAICAO - URIBIA PACIENTE ADULTO					1.605.188,50
3506	602T0235	MAICAO - URIBIA PACIENTE PEDIÁTRICO					1.605.188,50
3507	602T0236	MAICAO - URIBIA PACIENTE NEONATAL					1.713.907,50
3508	602T0237	MAICAO - SAN JUAN DEL CESAR PACIENTE ADULTO					2.905.056,50
3509	602T0238	MAICAO - SAN JUAN DEL CESAR PACIENTE PEDIÁTRICO					2.905.056,50
3510	602T0239	MAICAO - SAN JUAN DEL CESAR PACIENTE NEONATAL					3.080.214,50
3511	602T0240	MAICAO - VALLEDUPAR PACIENTE ADULTO					3.790.894,00
3512	602T0241	MAICAO - VALLEDUPAR PACIENTE PEDIÁTRICO					3.790.894,00
3513	602T0242	MAICAO - VALLEDUPAR PACIENTE NEONATAL					4.003.298,50
3514	602T0243	MAICAO - SANTA MARTA PACIENTE ADULTO					4.797.907,00
3515	602T0244	MAICAO - SANTA MARTA PACIENTE PEDIÁTRICO					4.797.907,00
3516	602T0245	MAICAO - SANTA MARTA PACIENTE NEONATAL					5.047.557,50
3517	602T0246	MAICAO - BARRANQUILLA PACIENTE ADULTO					6.661.655,00
3518	602T0247	MAICAO - BARRANQUILLA PACIENTE PEDIÁTRICO					6.661.655,00
3519	602T0248	MAICAO - BARRANQUILLA PACIENTE NEONATAL					7.006.938,00
3520	602T0249	MAICAO - CARTAGENA PACIENTE ADULTO					9.114.424,50
3521	602T0250	MAICAO - CARTAGENA PACIENTE PEDIÁTRICO					9.114.424,50
3522	602T0251	MAICAO - CARTAGENA PACIENTE NEONATAL					9.591.579,50
		[illegible]					
		VALOR TRASLADO SECUNDARIO - AEREO					
3523	602T0252	EN MAICAO PACIENTE ADULTO					594.507,00
3524	602T0253	EN MAICAO PACIENTE PEDIÁTRICO					594.507,00
3525	602T0254	EN MAICAO PACIENTE NEONATAL					668.750,00
		[illegible]					
3526	S55201	OXIGENO					19 PESOS X LITRO

ANEXO 8

CONSTANCIA CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES PARAFISCALES PERSONA JURIDICA

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

El suscrito _____ identificado con cedula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ actuando en nombre propio y en representación legal de _____ identificada con No. NIT: _____, manifiesto bajo la gravedad de juramento: Que hemos cumplido con las obligaciones parafiscales señaladas en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, durante los seis meses anteriores a la fecha de la firma de la presente certificación, por tanto nos encontramos a paz y salvo por concepto de pagos a la entidades promotoras de salud, fondo de pensiones, riesgos profesionales y aportes parafiscales (cajas de compensación familiar, SENA ICBF) según consta en la última planilla de pago No. _____ Que se efectúa por medio de la entidad _____ y nos comprometemos a cumplir con dicha obligación durante la vigencia del contrato cuyo objeto es objeto la **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

El proponente:

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

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

ANEXO 9

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

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

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 1

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

Referencia: Presentación de propuesta para el proceso de selección abreviada de menor **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal .: domiciliado en Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, que en adelante se denominará el proponente, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, los presentes pliegos de condiciones y/o invitación publica, me permito presentar, en nombre de Indicar el nombre del proponente de quien se actúa, propuesta seria y formal para participar en el proceso de contratación de mínima cuantía cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Reconocemos que ni los Pliegos de Condiciones, del proceso de contratación, ni la información contenida en este documento o proporcionada en conjunto con el mismo o comunicada posteriormente a cualquier persona, ya sea en forma verbal o escrita con respecto a cualquiera de los aspectos del contrato ofrecido, se ha considerado como una asesoría en materia de inversiones, legal, tributaria, fiscal

o de otra naturaleza, y declaramos que para la preparación de nuestra propuesta hemos obtenido asesoría independiente en materia financiera, legal, fiscal, tributaria, y técnica, y que nos hemos informado plena y adecuadamente sobre los requisitos legales aplicables en la jurisdicción del presente proceso de selección y contratación y del contrato que se suscriba.

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 2

DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO CUENTA.

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

CIUDAD _____ FECHA _____

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

1. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representante legal del Consorcio o Unión Temporal.

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio

Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

Fotocopia Cédula de Ciudadanía

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

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

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

Los terceros naturales nacionales o extranjeros, jurídicas nacionales o extranjeras, 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 número.

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

Tipo documento de Identificación

Cédula de Ciudadanía

Cédula de Extranjería

NIT Persona Jurídica

NIT Persona Natural

Pasaporte

Registro Civil

Tarjeta de Identidad

Otro Tipo Documento

No. _____ DV _____

2.2 INFORMACION PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNIÓN DE LOS PARTICIPANTES CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES.

3. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		Cooperativa	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Pública	
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	
Empresa Ind. y Com del Estado			
Asociaciones Mutualistas			
Fondos de Empleados			
Institución de Economía Solidaria			
Precooperativa			

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

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

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 Extranjera

Página Web _____ Contacto _____

Designación del contacto _____ E-mail del contacto _____

Apartado Aéreo _____

6. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

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

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por Sí(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 Domicio de la persona firmante., identificado con Documentos de identificación y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal de _____, de manera libre, voluntaria y bajo la gravedad de juramento, me permito certificar que:

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

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

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

Finalmente y de resultar adjudicatario del proceso, me comprometo a que todos los recursos que financiarán la ejecución del contrato, incluidos los flujos operativos, nóminas, pagos a proveedores e

inversiones, mantendrán origen lícito y verificable, garantizando la trazabilidad y transparencia en los movimientos financieros asociados al contrato

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 4

CERTIFICADO SOSTENIBILIDAD DE PRECIOS

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores.
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8
Ciudad

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

El (los) suscrito(s) a saber Nombre del representante legal de la sociedad, asociación, persona jurídica, consorcio, unión temporal : **domiciliado en** Domicilio de la persona firmante., **identificado con** Documentos de identificación y lugar de expedición, **quien obra en calidad de representante legal de** _____, me comprometo a sostener los Precios y/o tarifas ofertadas dentro del proceso de selección abreviada menor cuantía **PN RASES8 SA MC ___ - 2026**, durante la vigencia del contrato y las eventuales suscripciones si esta se llegara a suscribir, así mismo los precios ofertados incluyen la carga tributaria, arancelaria de Ley, todos los costos administrativos como seguros y fletes, no se harán reajustes ni cobros adicionales el cual tiene por objeto la **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

El proponente:

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

FORMULARIO No. 5

CERTIFICACION DE CAPACIDAD ADMINISTRATIVA Y OPERACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha

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

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

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

Atentamente:

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

FORMULARIO No. 6

COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN.

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

Referencia: **COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN** del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.**.

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

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

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

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

CLÁUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

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

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

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

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios de LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta.

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios de LA POLICÍA NACIONAL - DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

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

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

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

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

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

El proponente:

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

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

FORMULARIO No. 7

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

Referencia: **ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD** del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es la **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

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

PRIMERO: Que **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** adelanta un proceso de contratación para la celebración de un contrato estatal la ejecución del proyecto que tiene por objeto **"PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.."**

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

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

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

1. Mantener en reserva y no divulgar **LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** revelada por **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** o por terceros formalmente designados para el efecto.
2. Mantener en reserva y no divulgar ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el **CONTRATO**, la información que le sea entregada directamente por **LA REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No.8** y/o sus designados.
3. Mantener en reserva y no divulgar por ningún motivo la información que personalmente conozca o llegare a conocer en desarrollo y ejecución de las actividades que le competan por causa o con ocasión del **CONTRATO**.

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 8

FORMATO GESTION AMBIENTAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Ref. proceso de selección abreviada menor cuantía Número **PN RASES8 SA MC _____ - 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

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

En cumplimiento de lo anterior, me comprometo a:

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

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

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

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 9

CORRESPONDE AL TÉCNICO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

Referencia: experiencia del proponente del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE

EXPERIENCIA ESPECÍFICA DEL PROPONENTE												
NOMBRE DEL PROPONENTE: _____												
FECHA: _____												
CERTIFICADO	ENTIDAD CONTRATANTE	FECHA DE INICIO DD/MM/AA	FECHA DE TERMINACIÓN DD/MM/AA	MODALIDAD			% PART	VALOR CONTRATO EN PESOS (2)	VALOR EJECUTADO A LA FECHA	VALOR CONTRATO EXPRESADO EN SALARIOS MÍNIMOS (3) SMMLV	OBJETO DEL CONTRATO
				I	UT	C					
1											
2											
TOTAL											
I: INDIVIDUAL											
UT: UNION TEMPORAL											
C: CONSORCIO											

FORMULARIO No. 10

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

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

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

El proponente:

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

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

FORMULARIO No. 11

CUADRO DE CAPACIDAD FINANCIERA

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

Referencia: Cuadro de capacidad financiera del proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC ____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

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

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

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

Proponente	Liquidez	Nivel de endeudamiento	Capital de trabajo	Razón de cobertura de intereses	Rentabilidad del patrimonio	Rentabilidad del activo

Nombre del proponente	Activo corriente sobre pasivo corriente	Pasivo total sobre activo total	Activo corriente menos pasivo corriente	Utilidad operacional dividida por los gastos de intereses	Utilidad operacional dividida por el patrimonio	Utilidad operacional dividida por el activo total
RESULTADO	%	%	%	%	%	%

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 12
CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO

Ciudad, seleccionar la fecha.

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

Referencia: **CLASIFICACIÓN DEL PROPONENTE EXTRANJERO** de Selección Abreviada de Menor cuantía, Número **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.."** El suscrito declaro bajo gravedad de juramento acorde a la actividad comercial desarrollada, o al objeto social de la empresa que represento, que me encuentro facultado para ejercer las actividades comerciales propias a cada actividad, especialidad y grupo descrito en el pliego de condiciones "Clasificación en el Registro Único de Proponentes", así

SEGMENTO	FAMILIAS	CLASES
Segmento	Familia	Clases

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

El proponente:

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

FORMULARIO No. 13

Ciudad, seleccionar la fecha

Señores
REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8
Carrera 38 No. 74-61 (sótano 1, local 071, C.C. Americano)
Barranquilla - Atlántico

INDICACIÓN DE TRATO NACIONAL

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

PARA TRATADOS O ACUERDOS INTERNACIONALES

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

Identificación o denominación del Acuerdo o Tratado: _____.
Objeto del Tratado: _____.
Ubicación en el SECOP (Link): _____.

RECIPROCIDAD

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

Fecha de la expedición de la certificación: _____.
Estado sobre el que se certifica: _____.
Ubicación en el SECOP (LINK): _____.

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

Firma del Oferente, Representante Legal o Apoderado
Nombre del Oferente, Representante Legal o Apoderado
Nombre o Razón Social del Oferente
Identificación del Oferente (C.C., C.E. o NIT)
Dirección, Teléfono, Email del Oferente

FORMULARIO No. 14

APOYO A LA INDUSTRIA NACIONAL

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: Carta de presentación de la oferta del proceso de Presentación de propuesta para el Proceso de Selección Abreviada de Menor cuantía **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es: **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.."** Declaramos bajo nuestra responsabilidad personal y/o comprometiendo a las personas naturales y/o personas jurídicas que represento o apodero que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El proponente

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

FORMULARIO No. 15

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

Ciudad, seleccionar la fecha.

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

Referencia: presentación sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo para el proceso de selección abreviada menor cuantía **PN RASES8 SA MC _____ 2026** cuyo objeto es la : **PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MEDICAS Y/O QUIRURGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8..**

El(los) suscrito(s) a saber: Nombre del representante legal de la sociedad, asociación o persona jurídica proponente, o nombre del representante legal del consorcio o unión temporal proponente), domiciliado en Domicilio de la persona firmante, identificado con Documento de identificación de la persona firmante y lugar de expedición, quien obra en calidad de representante legal Seleccionar la opción correspondiente, quien en adelante se denominará el PROPONENTE, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente compromiso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.1. Desarrollar las actividades necesarias para dar cumplimiento de las obligaciones del SGSST, que las normas legales vigentes y/o la Policía Nacional haya considerado en el contrato y acorde a la exposición del contratista o subcontratista a los riesgos encontrados en el centro de trabajo donde desarrolla la actividad.

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

1.2.3. Evidenciar objetivamente, el uso continuo y permanente de los elementos de protección personal, durante la ejecución contractual, acorde a los peligros y riesgos relacionados la tarea contratada.

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

1.2.5. Notificar a la mayor brevedad, al supervisor del contrato, la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo o el diagnóstico de enfermedades laborales, así como las condiciones de peligro que detecte durante la ejecución de la actividad contratada.

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

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

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

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

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 16

FORMATO DE IDONEIDAD DEL RECURSO HUMANO OFRECIDO

Para cada funcionario se deberá diligenciar un formato por separado.

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

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 17

FORMULARIO DE INDICADORES DE DECRETO 441 DE 2022

FORMULARIO INDICADORES DECRETO 441 DE 2022

INDICADORES TÉCNICOS DE CALIDAD, GESTIÓN Y RESULTADOS (IMPACTO)

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES AMBULATORIOS, HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD, EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES Y/O SUBESPECIALIDADES MÉDICAS Y/O QUIRÚRGICAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS, ASÍ COMO EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y ELEMENTOS PARA LOS AFILIADOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL EN EL MUNICIPIO DE MAICAO - GUAJIRA, UNIDAD PRESTADORA DE SALUD GUAJIRA, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD No. 8.
Los siguientes indicadores se aplicarán al seguimiento de la prestación de servicios médicos asistenciales ambulatorios, hospitalarios y de urgencias de baja, mediana y alta complejidad, en especialidades y/o subespecialidades médicas y/o quirúrgicas, Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como al suministro de medicamentos, insumos y elementos para los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional atendidos en el municipio de Maicao - La Guajira y su área de influencia, conforme al objeto contractual.

Los siguientes son los indicadores de calidad, gestión y resultados aplicables al seguimiento de la prestación integral de servicios médicos asistenciales ambulatorios, hospitalarios y de urgencias en Maicao, de acuerdo con el objeto contractual:

GUÍA DE INTERPRETACIÓN

Semaforización de Indicadores de Seguimiento Contractual

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

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

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

Importancia de la Semaforización en el Seguimiento

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

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMAFORO)
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% a <95% 80% a < 90% < 80%

Indicador Nro. 1.

1. Nombre: Proporción de satisfacción global

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

3. Unidad de medida: porcentaje

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

6. Progresividad de la medición

Progresividad de la medición

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

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

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

Mes 3 en adelante: Cumplimiento del 100% de la meta pactada. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.

7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional atendidos en el municipio de Maicao y su área de influencia	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 256 de 2016, Res 1446 de 2006
10. Meta, umbral o rango esperado	>98% 95% a <98% 90% a < 95% < 90%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	15 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMAFORO)
Calidad / Oportunidad	Tiempo promedio de espera para la asignación de atención programada	Numerador: Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de servicios médicos asistenciales objeto del	>98% 95% a <98%

	especializada y/o subespecializada	contrato de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de atenciones programadas de primera vez en especialidades y/o subespecialidades asignadas	90% a < 95% [redacted]

Indicador Nro. 2 1. Nombre: Tiempo promedio de espera para la asignación de atención programada especializada y/o subespecializada	
2. Descripción: Mide el número de días que transcurren, en promedio, desde el momento en que un usuario solicita una atención programada de primera vez en especialidad y/o subespecialidad hasta la fecha efectiva en que la institución le asigne 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 servicios médicos asistenciales objeto del contrato de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó Denominador: Número total de atenciones programadas de primera vez en especialidades y/o subespecialidades asignadas
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición La evaluación del indicador de oportunidad en servicios médicos asistenciales se aplicará de manera gradual, permitiendo la estabilización del modelo de atención y la depuración de la demanda acumulada, bajo el siguiente esquema: Mes 1: Durante el primer mes de ejecución se medirá el estado inicial de la agenda y se ajustarán los canales de solicitud del prestador. Mes 2: El cumplimiento exigido será del 80% respecto a la meta establecida (Si la meta son 15 días, se aceptará un margen de tolerancia hasta de 25 días mientras se ajustan las agendas). Mes 3 en adelante: El cumplimiento de la meta será del 100% de carácter obligatorio. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional atendidos en el municipio de Maicao y su área de influencia	
9. Referente técnico del indicador	Ley 1438/2011, Decreto ley 019 de 2012, res 1552, Res 4678, Res 256 de 2016
[redacted] 10 >10 [redacted] 10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	15 %

[redacted]

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.	>98% 95%-98% 90% – 95% <90%

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: Afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional atendidos en el municipio de Maicao y su área de influencia 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 >98% 95%-98% 90% – 95% <90%	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10 %

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA OPERACIONAL	RESULTADO / META (SEMÁFORO)
Calidad / Oportunidad para realización de servicios médicos asistenciales	Proporción de oportunidad en la prestación de servicios médicos asistenciales	Numerador Número de servicios ambulatorios, hospitalarios, de urgencias, especialidades, subespecialidades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos contratados realizadas dentro del tiempo establecido.	>98% 95%-98% 90% – 95%

		Denominador: Número total de servicios de salud solicitados, autorizados o programados durante el período evaluado.	

Indicador Nro. 4 1. Nombre: Proporción de oportunidad en la prestación de servicios médicos asistenciales.	
2. Descripción Determina el porcentaje de servicios médicos asistenciales objeto del contrato prestados dentro de los tiempos definidos contractualmente, de acuerdo con la prioridad clínica, el nivel de complejidad y la modalidad de atención.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador: Número de servicios ambulatorios, hospitalarios, de urgencias, especialidades, subespecialidades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos contratados realizadas dentro del tiempo establecido. Denominador: Número total de servicios de salud solicitados, autorizados o programados durante el período evaluado.
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición Mes 1: Durante este periodo, la prioridad es la estandarización del reporte. No se evaluará el cumplimiento de una meta mínima, sino la oportunidad y calidad de los informes de seguridad. El contratista deberá demostrar que cuenta con el comité de seguridad activo y la metodología de análisis de causas implementada. Mes 2: Se establece una meta máxima de tolerancia basada en el histórico de la institución o el promedio nacional. El enfoque de la supervisión estará en la ejecución de los planes de mejora derivados de los eventos reportados en la fase anterior. Mes 3 en adelante: El cumplimiento de la meta será del 100% de carácter obligatorio. A partir de este punto, el indicador será vinculante para la evaluación de desempeño contractual.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional atendidos en el municipio de Maicao y su área de influencia	
9. Referente técnico del indicador	Decreto 441 de 2022, Resolución 256 de 2016 y atributo de oportunidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS).
10. Meta, umbral o rango esperado [redacted] 90%-94% 80% – 89% [redacted]	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	15 %

[redacted]			
Calidad / Seguridad del paciente	Proporción de Eventos adversos relacionados con procedimientos	Numerador Número de eventos adversos relacionados con los procedimientos realizados durante el período evaluado. Denominador: Número total de procedimientos realizados durante el período evaluado	[redacted] 90%-94% 80% – 89% [redacted]

Indicador Nro. 5 1. Nombre: Proporción de Eventos adversos relacionados con procedimientos	
2. Descripción: Mide la ocurrencia de eventos adversos asociados a los procedimientos médicos, quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos realizados a los usuarios atendidos en el marco del contrato, con el fin de evaluar la seguridad de la atención y promover la implementación de acciones de mejora continua para reducir los riesgos durante la prestación de los servicios de salud.	
3. Unidad de medida: Porcentaje	
4. Fórmula	Numerador Número de eventos adversos relacionados con los procedimientos médicos, quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos realizados durante el periodo evaluado Denominador: Número total de procedimientos médicos, quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos realizados durante el periodo evaluado
5. Periodicidad de medición	Mensual
6. Progresividad de la medición Mes 1: El contratista deberá socializar con la supervisión los protocolos de atención, rutas de referencia y contrarreferencia, mecanismos de asignación de citas y mecanismos de seguimiento a usuarios sometidos a procedimientos médicos, quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos. Durante este periodo, el enfoque será de adaptación y seguimiento inicial, evaluando la implementación de los procesos y la calidad del reporte de información. Mes 2: El contratista deberá evidenciar la aplicación efectiva de los protocolos adoptados y presentar análisis de los casos que hayan requerido reprogramación, remisión o seguimiento especial, identificando acciones de mejora. El cumplimiento del indicador deberá alcanzar como mínimo el 90 % de la meta establecida. Mes 3 en adelante: El cumplimiento de la meta será de carácter obligatorio, alcanzando el 100 % del estándar definido para el indicador. A partir de esta etapa, el resultado será tenido en cuenta para la evaluación del desempeño contractual y el seguimiento integral de la prestación del servicio.	
7. Tipología	Calidad
8. Población sobre la cual se efectuará la medición: Afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional atendidos en el municipio de Maicao y su área de influencia	
9. Referente técnico del indicador	Resolución 1732 del 5 de agosto del 2026 y demás disposiciones vigentes. Política de seguridad de paciente. Prácticas Seguras: seguridad en la realización de procedimientos diagnósticos y otras disposiciones vigentes.
10. Meta, umbral o rango esperado	
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10 %

INDICADORES DE REPORTE TRIMESTRAL
(SEGUIMIENTO CONJUNTO PROGRAMADO MEDIANTE AUDITORIA)

NRO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FÓRMULA OPERACIONAL	RESULTADO

Gestión	Oportunidad de pago	Numerador: Total facturas validas pagadas dentro 45 días Denominador: total facturas validas radicadas en el período	>90% 89% - 80% 79% -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%
11. Peso porcentual del indicador entre todos los indicadores de calidad, gestión y resultado	10 %

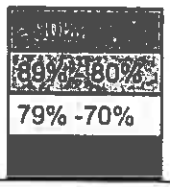
Gestión	Índice de Conversión de Servicios Facturados	Numerador: Total servicios prestados efectivamente en el mes anterior. Denominador: Total servicios facturados en el mes inmediatamente siguiente	>90% 89% - 80% 79% -70%

Indicador Nro. 2 1. Nombre: Índice de Conversión de Servicios Facturados
2. Descripción: Se define técnicamente como un Indicador de Ejecución Presupuestal y Conciliación de Servicios. Su propósito es asegurar que la facturación mensual sea un reflejo fiel de las atenciones realizadas, evitando que el gasto

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

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA 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% 89% - 80% 79% -70% [illegible]

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

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

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

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

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

1. Caracterización de la población.

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

3. Descripción de avances.

4. Fecha de corte.

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

El proponente:

_____

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

FORMULARIO No. 18

FORMATO DE VISITA TECNICA

La Unidad Prestadora de Salud Guajira 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 PEDIÁTRICO			
3	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS			
4	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL			
5	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO			
6	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS			
7	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL			
8	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS			
9	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA			
10	203	CIRUGÍA GENERAL			
11	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA			
12	207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA			
13	209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA			
14	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA			
15	215	CIRUGÍA UROLÓGICA			
17	217	OTRAS CIRUGÍAS			
18	245	NEUROCIRUGÍA			
19	301	ANESTESIA			
20	302	CARDIOLOGÍA			
21	304	CIRUGÍA GENERAL			
22	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA			
23	308	DERMATOLOGÍA			
24	312	ENFERMERÍA			
25	316	GASTROENTEROLOGÍA			
26	320	GINECOBSTETRICIA			
27	323	INFECTOLOGÍA			
28	329	MEDICINA INTERNA			
29	330	NEFROLOGÍA			
30	332	NEUROLOGÍA			
31	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA			
32	339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA			
33	340	OTORRINOLARINGOLOGÍA			
34	342	PEDIATRÍA			
35	344	PSICOLOGÍA			
36	355	UROLOGÍA			
37	420	VACUNACIÓN			
38	706	LABORATORIO CLÍNICO			
39	714	SERVICIO FARMACÉUTICO			
40	729	TERAPIA RESPIRATORIA			
41	733	HEMODIÁLISIS			
42	739	FISIOTERAPIA			
43	740	FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE			
44	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS – IONIZANTES			
45	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES			
46	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL			

47	1101	ATENCIÓN DEL PARTO			
48	1102	URGENCIAS			
49	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO			
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS					
50	Registro de capacitaciones al personal técnico-operativo				
51	Control de acceso a imágenes y confidencialidad de la información				
52	Áreas diferenciadas para recepción, preparación, sala de procedimientos y espera.				
53	Señalización visible de advertencia 'Radiación ionizante'.				
54	Verificación de identidad del paciente y consentimiento informado.				
VERIFICACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HABILITADA POR SERVICIO					
55	LABORATORIO CLÍNICO				
56	SERVICIO DE URGENCIA				
57	SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN				
SISTEMAS DE INFORMACIÓN					
58	HISTORIA CLÍNICA (ELECTRÓNICA) CON USUARIOS Y PERFILES DEFINIDOS - ACCESOS RESTRINGIDOS				
PROCESOS PRIORITARIOS					
59	PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE				
60	FORMATOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
61	REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS (FORMATO DE REPORTE)				
62	PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				

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