

**PRIMERA ADENDA DEL CONVENIO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
ENTRE EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO  
EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL**

Conste por el presente documento, la Primera Adenda al Convenio para la Prestaciones de Servicios de Salud, que celebran de una parte el **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ**, con RUC N° 20178922581, con domicilio legal en Parque Maldonado N° 142, en el distrito de Pueblo Libre, provincia y departamento de Lima, con Registro en SUSALUD N° 10005, representada por el Gerente General, Médico **RENZO RENAN ZAVALA URTEAGA**, identificado con DNI N° 10181186, designado mediante Resolución de Directorio N° 003-2019-IN-SALUDPOL-PD, a quien en adelante se le denominará **LA IAFAS** y de otra parte el **HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO**, con RUC N° 20181753120, con domicilio legal en Calle Castrovirreyna N° 759 Pasaje La Esperanza, distrito, provincia y departamento de Ica, con registro de SUSALUD N° 00003359, representado por su Director Ejecutivo Med. **MARCOS RUPERTO CABRERA PIMENTEL** identificado con DNI N° 22291194-5 designado mediante Resolución Gerencial General Regional N° 150-2019-GORE-ICA/GGR, a quien en adelante se le denominará **LA IPRESS**, en los términos y condiciones siguientes:

**CLÁUSULA PRIMERA: DE LOS ANTECEDENTES**

Con fecha 27 de junio 2018, se suscribió el **CONVENIO DE PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD ENTRE EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL**

La **CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA** del Convenio, establece que éste podrá ser ampliado, modificado y/o interpretado en sus alcances mediante Adendas coordinadas entre las partes, las que serán debidamente suscritas por las autoridades de cada una de las Instituciones intervinientes y formarán parte integrante del Convenio.

**CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA**

**LAS PARTES**, en virtud a lo indicado en la cláusula décimo novena del **CONVENIO DE PRESTACIÓN SERVICIOS DE SALUD ENTRE EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO Y EL FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ – SALUDPOL**, consideran necesario establecer mecanismos que fortalezcan la accesibilidad y oportunidad de los servicios de salud ofrecidos. Para tal efecto, **LAS PARTES** acuerdan lo siguiente:

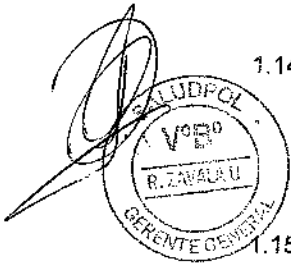
**Modificar la Cláusula Primera: Base Legal, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

- 1.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- 1.2. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- 1.3. Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.
- 1.4. Decreto Legislativo N° 295, Código Civil.
- 1.5. Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.

- 1.6. Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 1.7. Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional.
- 1.8. Decreto Legislativo N° 1302, Decreto Legislativo que optimiza el intercambio prestacional en salud en el sector público.
- 1.9. Decreto Legislativo N° 1267, Ley de la Policía Nacional del Perú.
- 1.10. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.11. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto único Ordenado de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 1.12. Decreto Supremo N° 002-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú.
- 1.13. Decreto Supremo N° 003-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1175, Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional.



- 1.14. Decreto Supremo N° 002-2019-SA, Aprueban Reglamento para la Gestión de Reclamos y Denuncias de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas o mixtas
- 1.15. Decreto Supremo N° 012-2019-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1302.



- 1.16. Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, que aprueba el Texto único Ordenado de la Ley N° 27444 Procedimiento Administrativo General.
- 1.17. Resolución Ministerial N° 386-2006/MINSA - Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- 1.18. Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".



- 1.19. Resolución de Superintendencia N° 080-2014-SUNASA/S, que aprueba las disposiciones relativas a las "Condiciones mínimas de los Convenios o Contratos suscritos entre las Instituciones Administradoras de Fondos de Salud (IAFAS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)" y sus modificatorias.



- 1.20. Resolución de Gerencia General N° 125-2018-IN-SALUDPOL-GG que aprueba el Documento Técnico "Plan de Salud del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú".



- 1.21. Resolución Ministerial N° 158-2019-IN, que aprueba el Manual de Operaciones del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional de Perú – SALUDPOL.

**Modificar la Cláusula Segunda: Definiciones, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

Para los efectos del presente convenio, se tendrán como válidas las siguientes definiciones:

- 2.1. **Accreditación del derecho:** Es el procedimiento de verificación de los requisitos que debe cumplir el asegurado para tener derecho a la cobertura de salud brindada por LA IAFAS.



- 2.2. **Asegurado o Beneficiario:** Toda persona residente en el país que esté bajo cobertura de alguno de los regímenes del Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Para efectos del presente documento, se entenderá como toda persona titular de la PNP, y familiares derechohabientes, según lo dispuesto en el artículo 19 del D.S. N° 002-2015-IN o el que haga sus veces.
- 2.3. **Cartera de servicios de salud:** Es el total de las prestaciones de salud que brindan los establecimientos de salud en los tres niveles de atención de acuerdo a su actual capacidad resolutive y capacidad de oferta.
- 2.4. **Categoría de establecimiento:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.
- 2.5. **Cobro indebido:** Es el requerimiento de pago efectuado por LA IPRESS a los asegurados de LA IAFAS o pago realizado por los asegurados de LA IAFAS, incluyendo sus familiares o representantes, dentro de la IPRESS, por indicación de algún trabajador de la IPRESS, por cualquier concepto relacionado a la prestación de salud, a pesar de encontrarse dentro de la cobertura prestacional, y que resulte, en consecuencia, en un gasto indebido del asegurado de LA IAFAS.
- 2.6. **Emergencia Prioridad I:** son las atenciones que se brindan a los pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requiere atención inmediata en Sala de Shock Trauma.
- 2.7. **Exclusiones:** Conjunto de intervenciones prestaciones o gastos no cubiertos, detallados en el plan o programa de salud, según lo dispuesto en el Art. 29 del Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174 o el que haga sus veces.
- 2.8. **Guías de Práctica Clínica:** Recomendaciones desarrolladas de forma sistemática y basadas en la mejor evidencia científica disponible para asistir al personal de salud en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención en salud.
- 2.9. **Mecanismos de Pago:** Es la forma en la que se realiza la retribución económica por los servicios de salud prestados según Convenio o contrato entre IAFAS e IPRESS.
- 2.10. **Observaciones parciales:** Cuando el registro de las prestaciones se encuentra consignado en forma incompleta en la historia clínica, en comparación a lo registrado por la IPRESS en el aplicativo informático.
- 2.11. **Observaciones totales:** Cuando el registro de las prestaciones no se encuentra consignado en la historia clínica, en comparación a lo registrado por la IPRESS en el aplicativo informático o cuando no se evidencia la Autorización de Procedimiento Médico.
- 2.12. **Pago prospectivo:** También conocido como "Pago Adelantado", es el mecanismo de pago a través del cual el importe total es definido por LA IAFAS quien preestablece los volúmenes a ser pagados antes que se realicen las prestaciones, con diferentes grados de evaluación por un determinado periodo, de manera anticipada.
- 2.13. **Pago retrospectivo:** mecanismo de pago a través del cual el importe total de las prestaciones realizadas es definido por la prestación de expedientes o fichas de atención que representen a la prestación realizada previa evaluación de los datos contenidos, y se pagan luego que se brinda la prestación.



2.14. **Planes de Salud:** Son listas de condiciones asegurables e intervenciones y prestaciones de salud que son financiadas por las IAFAS y se clasifican en los siguientes grupos: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), Planes Complementarios y Planes Específicos. En tanto los Planes de Salud de SALUDPOL se encuentren en formulación, serán consideradas las inclusiones y exclusiones contenidas en el Decreto Legislativo N° 1174 y su Reglamento o el que haga sus veces.



2.15. **Prestación de Salud:** Es la unidad básica que describe los procedimientos realizados para la atención de las condiciones de salud de los asegurados en las IPRESS registradas en SUSALUD.

2.16. **Rechazo parcial de la prestación:** Se da cuando existe una inconformidad en una prestación autorizada con evidencia de haberse brindado. (por ejemplo, falta de sello, firma, no se evidencia el resultado de un examen auxiliar, etc.). En este caso, se descontará del expediente el monto observado pero se cancelará el resto de la prestación.

2.17. **Rechazo total de la prestación:** Se considera rechazo total del expediente cuando la IPRESS no facilite la historia clínica para su evaluación o cuando no se evidencie el documento de autorización de la IAFAS para la realización de la prestación. En estos casos no se cancelará la prestación.

**Modificar la Cláusula Quinta: Acreditación del Asegurado, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

5.1 Para la prestación del servicio es condición obligatoria que el beneficiario se identifique con el Documento Nacional de Identidad – DNI, o Carné de Extranjería, Pasaporte u otros validados por las normas migratorias vigentes, además es condición obligatoria que LA IPRESS cuente con el documento de Autorización de Procedimiento Médico emitido previamente por LA IAFAS (Anexo N° 2).

5.2 En caso que el beneficiario acuda directamente al servicio de emergencia de LA IPRESS donde se califique daño prioridad I, LA IPRESS verificará la condición y la vigencia de cobertura de atención del beneficiario a través del sistema informático "Consulta en línea de Registro de Beneficiarios" de LA IAFAS disponible en <https://app-cbo.saludpol.gob.pe:22085/>. De comprobar que el beneficiario cuente con cobertura de atención vigente, LA IPRESS deberá informar en un plazo de hasta setenta y dos (72) horas a LA IAFAS, a través del teléfono o correo electrónico señalado en "Comunica tu Emergencia Prioridad I" disponible en <https://www.saludpol.gob.pe/conoce-los-casos-de-emergencia-prioridad-i/>, o a la Unidad Territorial de LA IAFAS o quien haga sus veces, sobre la ocurrencia del evento, a fin de que ésta en el mismo plazo emita el documento de autorización correspondiente<sup>1</sup> (Anexo N° 3).

**Modificar la Cláusula Sexta: Del Mecanismo de Pago, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

6.1 LA IAFAS retribuirá a LA IPRESS los servicios brindados, según las tarifas acordadas entre las partes, mediante el mecanismo de pago por servicio. Los desembolsos se realizarán en forma adelantada a la prestación, cada tres (03) meses.

<sup>1</sup> Lo señalado no condiciona que la atención se realice de forma inmediata en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar atención médica en casos de Emergencias y Partos y el Reglamento de la Ley 29414 "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud".

- 6.2 El importe a desembolsar a **LA IPRESS** será estimado por **LA IAFAS** en base a la valorización histórica de las prestaciones de salud correspondiente en los últimos tres (03) meses. Los siguientes importes a desembolsar a **LA IPRESS** serán estimados por **LA IAFAS** en base a la diferencia entre la suma de la valorización de las prestaciones de salud conformes del periodo trimestral previo y los saldos del mismo periodo, según la siguiente fórmula:

*Monto a Desembolsar =*

$$\sum \text{Valor prestaciones conformes (mes 1, mes 2, mes 3)} - \text{saldo (mes 1, mes 2, mes 3)}$$

**Modificar la Cláusula Séptima: De las Tarifas, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

- 7.1 Las tarifas por los servicios de salud que se brinden en el marco del presente Convenio no tienen fines de lucro y han sido establecidas de mutuo acuerdo con **LA IPRESS**. Las tarifas incluyen los costos de los insumos y materiales médicos y se encuentran estipuladas en el **ANEXO N° 4** y podrán ser modificadas mediante suscripción de Adendas.
- 7.2 Los medicamentos y dispositivos médicos se financiarán por consumo, cuya tarifa será establecida según los precios de operación reportados en el Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos-SISMED.<sup>2</sup>
- 7.3 Los procedimientos de salud no incluidos en el tarifario del presente Convenio que sean brindados por **LA IPRESS** a los beneficiarios de **SALUDPOL**, serán financiados por **LA IAFAS**, previa suscripción de un Acta entre los coordinadores de **LA IAFAS** y de **LA IPRESS**, según lo señalado en la cláusula vigésima, acordando las tarifas a ser aplicadas en forma transitoria. En forma posterior, estos procedimientos de salud deben ser incluidos en el tarifario del presente Convenio, previo acuerdo de **LA IAFAS** y **LA IPRESS**, mediante Adenda.

**Modificar la Cláusula Octava: Recepción y/o Conformidad, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

- 8.1. **LA IAFAS** se obliga a pagar la contraprestación a **LA IPRESS** mediante el mecanismo de pago acordado, estipulado en la cláusula sexta del presente Convenio.
- 8.2. **LA IPRESS** dentro de los primeros 10 días calendario del mes siguiente de producción, deberá registrar las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios de **LA IAFAS**, considerando el Conjunto Mínimo de Datos (**Anexo N° 05**), a través del Sistema de Registro de Prestaciones de Salud (o el que haga sus veces), según el procedimiento establecido (**Anexo N° 6**).
- 8.3. La Oficina de la Tecnología de la Información de **LA IAFAS**, a través del Sistema de Registro de Prestaciones de Salud (o el que haga sus veces) aplica las reglas de consistencia y validación. El resultado de la aplicación de dichas reglas y la valorización de las prestaciones de salud es remitido a la Dirección de Prestaciones de Salud.

<sup>2</sup> Se aplicará los precios de operación del último reporte registrado en el SISMED o del registro correspondiente al mes de producción de la prestación.

8.4. La Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS**, a partir de la información remitida por la Oficina de la Tecnología de la Información, elabora un Informe de Validación Prestacional, el cual deberá contemplar el detalle de las prestaciones conformes, y remite dicho informe a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de **LA IAFAS** para la verificación de la valorización de las prestaciones conformes.



8.5. La Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de **LA IAFAS** informa a **LA IPRESS** mediante documento formal o correo electrónico los resultados del proceso de conformidad prestacional y solicita los documentos para el pago o deducción correspondiente.

8.6. **LA IPRESS** debe remitir a **LA IAFAS** la factura<sup>3</sup>, con monto igual a la valorización de las prestaciones conformes, la hoja de liquidación y copia de los documentos de autorización.

8.7. Bajo ninguna circunstancia, la observación a una o más prestaciones brindadas por **LA IPRESS**, condicionará el pago del resto de las prestaciones que se encuentren conformes.

8.8. En forma posterior, cada tres (03) meses, se aplicará control presencial posterior de las prestaciones conformes, a través de la auditoría médica "In situ", según el procedimiento descrito en el numeral 11.2.

8.9. **LA IAFAS** debe realizar la deducción del valorizado de las prestaciones conformes del mes al monto previamente desembolsado, luego de recibir los documentos señalados en el numeral 8.6., lo cual será un requisito para realizar los siguientes desembolsos.

8.10. Si la valorización de las prestaciones conformes alcanza el 80% del monto del desembolso previamente realizado, **LA IPRESS** podrá solicitar mediante documento formal la realización de un nuevo desembolso sin la necesidad de esperar que se cumpla el plazo establecido.

**Modificar la Cláusula Décima Primera: Auditoría y/o Control Prestacional, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

11.1. **LA IAFAS** tiene la facultad de efectuar auditorías médicas y/o control prestacional con la finalidad verificar las prestaciones de salud brindadas por **LA IPRESS** a sus beneficiarios. Para tal efecto **LA IAFAS** podrá efectuar, indistintamente, lo siguiente:

- Verificación de las condiciones de la infraestructura y equipamiento médico de acuerdo a estándares convenidos y la normativa vigente, a través de las visitas inopinadas y acciones de supervisión.
- Encuestas de satisfacción de beneficiarios.
- Auditoría y/o control de las historias clínicas de sus beneficiarios.
- Otras actividades de control que **LA IAFAS** considere pertinentes durante la vigencia del presente Convenio.

11.2. Para el proceso de control posterior de las prestaciones conformes se realizará lo siguiente:

<sup>3</sup> Factura en original. En caso de ser factura electrónica deberá emitirse una copia de esta (De acuerdo con el reglamento de comprobantes de pago).

- 11.2.1. La Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS**, o la que haga sus veces, realiza la auditoría médica "In situ", cada tres (03) meses, sobre una muestra de las prestaciones de salud, que resultaron conformes de los Informes de Validación Prestacional (según lo señalado en el numeral 8.4) de los últimos tres (03) meses.
- 11.2.2. La Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS** determina una muestra de las prestaciones de salud conformes, referidas en el numeral 11.2.1, para la realización de la auditoría médica "In situ". El listado de prestaciones de salud, correspondientes a esta muestra, es comunicada por la Dirección de Prestaciones de Salud de **LA IAFAS** a **LA IPRESS**, mediante documento formal o correo electrónico.
- 11.2.3. **LA IPRESS**, posterior a la recepción del documento formal o correo electrónico, tiene un plazo máximo de (05) días calendarios para acopiar la totalidad de las prestaciones de salud requeridas (historia clínica). Posterior a este plazo se realizará la auditoría médica "in situ" por parte del equipo auditor de **LA IAFAS**. De existir observaciones, **LA IPRESS** podrá subsanarlas durante la auditoría médica "In situ", por única vez. Al finalizar la auditoría médica "In situ", el equipo auditor de **LA IAFAS**, consignará en un Acta las observaciones que no fueron subsanadas, indicando si corresponden a rechazo total o parcial.
- 11.2.4. El Acta debe ser remitida por la Dirección de Prestaciones de Salud a la Dirección de Financiamiento y Planes de Salud de **LA IAFAS** para la estimación del valor de las prestaciones con rechazo total o parcial que será descontado del siguiente monto a desembolsar.



- 11.3. **LA IAFAS**, producto de las acciones de auditoría y/o control prestacional (distintas al proceso de control posterior de las prestaciones conformes) puede formular observaciones sobre aspectos médicos y administrativos relacionados con la atención que se brinda a sus beneficiarios, los cuales serán comunicados a **LA IPRESS**, mediante un Acta y/o Informe, indicándose claramente el sentido de éstas, y dándose a **LA IPRESS** un plazo prudencial para su subsanación, en función a la complejidad del servicio. Dicho plazo no podrá ser mayor de 15 días calendario.

Todas las observaciones que **LA IAFAS** plantee a **LA IPRESS**, así como las respuestas de ésta, deben constar por escrito y sustentarse de forma concreta, técnica y razonable, con base en evidencia científica en los casos que corresponda.

**Modificar la Cláusula Décimo Octava: Vigencia del Convenio, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

- 18.1 El presente Convenio se celebra por el plazo de tres (03) años a cuyo término podrá renovarse automáticamente por el mismo periodo, salvo comunicación mediante carta simple, efectuada por alguna de las partes, la cual deberá ser remitida por lo menos con quince (15) días hábiles previo a la culminación de su vigencia.
- 18.2 El presente Convenio comienza a regir a partir del día siguiente a su suscripción.

**Incorporar la Cláusula Vigésima Segunda: Anticorrupción, el mismo que queda redactado con el siguiente texto:**

**LAS PARTES** se obligan a conducirse en todo momento, durante la ejecución del convenio, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción,



directa o indirectamente. Además, **LA PARTES** se compromete a comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

**Sustituir el Anexo N° 1**, conforme el Anexo N° 1, adjunto a la presente Adenda, denominado "Cartera de Servicios"

**Sustituir el Anexo N° 2**, conforme el Anexo N° 2, adjunto a la presente Adenda, denominado "Autorización de Procedimiento Médico"

**Sustituir el Anexo N° 3**, conforme el Anexo N° 3, adjunto a la presente Adenda, denominado "Flujograma para atención de beneficiarios SALUDPOL en IPRESS NO PNP en el marco del convenio"

**Sustituir el Anexo N° 4**, conforme el Anexo N° 4, adjunto a la presente Adenda, denominado "Tarifario"

**Sustituir el Anexo N° 5**, conforme el Anexo N° 5, adjunto a la presente Adenda, denominado "Conjunto mínimo de datos"

**Incorporar el Anexo N° 6**, conforme al Anexo N° 6 adjunto a la presente Adenda denominado: "Procedimiento de recepción y conformidad de la prestación de salud"

**Sustituir el Anexo N° 7**, conforme el Anexo N° 7, adjunto a la presente Adenda, denominado "Infracciones y penalidades por no cumplimiento de la IPRESS"

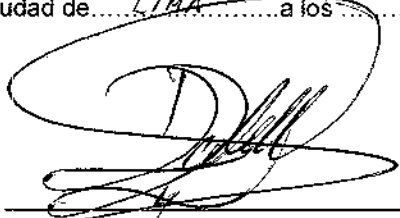
M



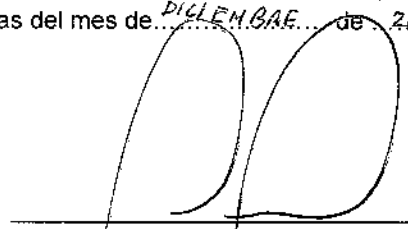
**CLÁUSULA TERCERA: DE LA DECLARACIÓN DE LAS PARTES**

Se deja expresa constancia que por unanimidad de **LAS PARTES** intervinientes aceptan la modificación del Convenio. Asimismo declaran que los demás términos y condiciones del Convenio suscrito se mantienen vigentes e inalterables en cuanto no se opongan a la presente Adenda.

Estando **LAS PARTES** de acuerdo con el contenido de todas y cada una de las Cláusulas que conforman el presente Convenio, lo suscriben por duplicado, en señal de conformidad, en la ciudad de LIMA a los 26 días del mes de DICIEMBRE de 2019



Med. RENZO RENAN ZAVALA URTEAGA  
Gerente General  
Fondo de Aseguramiento en Salud de la  
Policía Nacional del Perú – SALUDPOL



MC. MARCOS CABRERA PIMENTEL  
Director Ejecutivo  
HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO





ANEXO N° 1. CARTERA DE SERVICIOS

N°	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD (UPSS)	CARTERA DE SERVICIOS
1	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico general
2	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina interna
3	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en pediatría
4	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía general
5	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cirugía pediátrica
6	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en ginecología y obstetricia.
7	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en anestesiología.
8	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en medicina física y rehabilitación.
9	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en traumatología y ortopedia.
10	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en cardiología
11	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en neurología
12	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria en el servicio sub especializado de cirugía oncológica
13	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en gastroenterología
14	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en reumatología
15	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en psiquiatría
16	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en oftalmología
17	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en otorrinolaringología
18	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en dermatología
19	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria por médico especialista en oncología



20	CONSULTA EXTERNA	Consulta ambulatoria en el servicio sub especializado de neonatología
21	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por enfermera (o)
22	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria diferenciada por profesional de la salud
23	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por profesional de la salud capacitado en salud mental
24	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por psicólogo (a)
25	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por obstetra
26	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por cirujano dentista
27	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por cirujano dentista especialista
28	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por nutricionista
29	CONSULTA EXTERNA	Atención ambulatoria por médico en tópico de procedimientos de consulta externa
30	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cirugía general
31	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de ginecología y obstetricia
32	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de gastroenterología
33	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de cardiología
34	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de neurología
35	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de dermatología
36	CONSULTA EXTERNA	Atención de procedimientos ambulatorios en la especialidad de otorrinolaringología
37	EMERGENCIA	Atención en tópico de inyectables y nebulizaciones
38	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico de medicina general
39	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de medicina interna
40	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de pediatría
41	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de ginecología y obstetricia



42	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista de cirugía general
43	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en traumatología y ortopedia (INTERCONSULTA Y RETÉN).
44	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en cardiología (INTERCONSULTA)
45	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en psiquiatría (INTERCONSULTA)
46	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico de urología (INTERCONSULTA)
47	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en oftalmología (INTERCONSULTA)
48	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en otorrinolaringología (INTERCONSULTA)
49	EMERGENCIA	Atención de urgencias y emergencias por médico especialista en neurología (INTERCONSULTA)
50	EMERGENCIA	Atención en Sala de Observación de Emergencia
51	EMERGENCIA	Atención en la Unidad de Shock Trauma y Reanimación
52	CENTRO OBSTÉTRICO	Atención de parto vaginal por médico especialista en ginecología y obstetricia, y por obstetra
53	CENTRO OBSTÉTRICO	Atención inmediata del recién nacido por médico especialista en pediatría y enfermera
54	CENTRO OBSTÉTRICO	Atención inmediata del recién nacido por médico sub especialista en neonatología
55	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía general
56	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en ginecología y obstetricia
57	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en oftalmología
58	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en otorrinolaringología
59	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en traumatología y ortopedia
60	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico de urología
61	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía pediátrica
62	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico especialista en cirugía oncológica



63	CENTRO QUIRÚRGICO	Intervenciones quirúrgicas por médico de otras especialidades quirúrgicas
64	CENTRO QUIRÚRGICO	Atención en Sala de Recuperación Post-Anestésica
65	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Medicina Interna
66	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Cirugía General
67	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Pediatría
68	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Ginecología y Obstetricia
69	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de traumatología y ortopedia
70	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de cardiología
71	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de neurología
72	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Gastroenterología
73	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Urología
74	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de otorrinolaringología
75	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Cirugía Pediátrica
76	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de neonatología
77	HOSPITALIZACIÓN	Hospitalización de Cirugía Oncológica
78	HOSPITALIZACIÓN	Monitoreo de Gestantes con complicaciones
79	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos General
80	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios General
81	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
82	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal
83	CUIDADOS INTENSIVOS	Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico
84	PATOLOGÍA CLÍNICA	Procedimientos de Laboratorio Clínico
85	ANATOMÍA PATOLÓGICA	Procedimientos de Anatomía Patológica (Toma de muestra de tejidos o líquidos corporales)
86	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Radiología Convencional
87	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Radiología Especializada
88	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	Ecografía general y doppler



89	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación de Discapacidades Leves y Moderadas mediante terapia física
90	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención de rehabilitación mediante terapia de lenguaje
91	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención rehabilitadora de Terapia Física
92	CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE	Provisión de unidades de sangre y hemoderivados
93	FARMACIA	Dispensación de medicamentos
94	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Desinfección de nivel intermedio en Central de Esterilización
95	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Esterilización por medios físicos en Central de Esterilización
96	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Esterilización por medios químicos en Central de Esterilización



**Autorización de Procedimiento Médico Nro. CV000-1401-20190000000<sup>4</sup>**



Señor(es):			
Ipres:			
Teléfonos:			
Dirección:			
N° de Solicitud:			
Especialidad Solicitante:			
Diagnósticos:	CIE-10:	Tipo de Diagnóstico:	

De mi consideración:

Con mucho agrado de dirigirme a usted a fin de saludarlo cordialmente, y a la vez solicitar se efectúe la atención al paciente de XX años de edad, asegurado de SALUDPOL,



Apellidos y Nombres del Beneficiario	N° de Documento	Fecha y hora de cita programada	Tipo de cobertura

En referencia a los siguientes procedimientos:

Cod. Proc.	Procedimiento	Referencia

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima.

**ATENCIÓN**

El presente documento tiene validez siempre y cuando el beneficiario SALUDPOL mantenga su estado de afiliación activo y las condiciones de cobertura que apliquen al caso no hayan sufrido variación entre la fecha de emisión del documento y la fecha de atención. Se recomienda verificar el registro del beneficiario de SALUDPOL antes de brindar la atención de salud en el siguiente link <https://www.saludpol.gob.pe/consultas-en-linea/>

En el caso la prestación de salud autorizada sea Consulta Externa, el presente documento dará cobertura a la medicación prescrite, a los exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento, las interconsultas, la consulta de reevaluación u hospitalización, indicados por el profesional de salud que brinda la prestación de salud, siempre y cuando estos se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que conllevó a la emisión del presente documento.

En caso la prestación de salud autorizada sea Emergencia u Hospitalización, el presente documento dará cobertura a la totalidad de las prestaciones de salud que se requieran para la atención del beneficiario, siempre y cuando éstas se encuentren en relación o se deriven del problema de salud inicial que llevó a su atención por Emergencia u Hospitalización.

En caso el presente documento autorice puntualmente exámenes de apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento, la cobertura se limitará únicamente a los procedimientos médicos consignados, no considerándose otros procedimientos médicos diferentes.

La emisión del presente documento en ningún caso exonera la realización de los procesos de auditoría y/o control prestacional establecidos en el Convenio suscrito, para determinar si las prestaciones de salud que recibió el beneficiario fueron acordes al problema de salud inicial.

El documento de autorización tiene una vigencia de sesenta (60) días calendario para el inicio de la prestación de salud, que comenzará a regir a partir del día de su emisión para el caso de las prestaciones de salud que no sean emergencia Prioridad I. Para los casos de emergencia Prioridad I, el documento de autorización comenzará a regir a partir de ocurrido el evento.

El documento de autorización tiene una vigencia de doce (12) meses para dar cobertura transitoria a las prestaciones de salud, que comenzará a regir a partir del día de inicio de la atención.

Cualquier Consulta al Teléfono (01)717-8610 / 0800-77-101

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL (RUC N° 20178922561) Parque Maldonado 142 - Pueblo Libre - Lima.

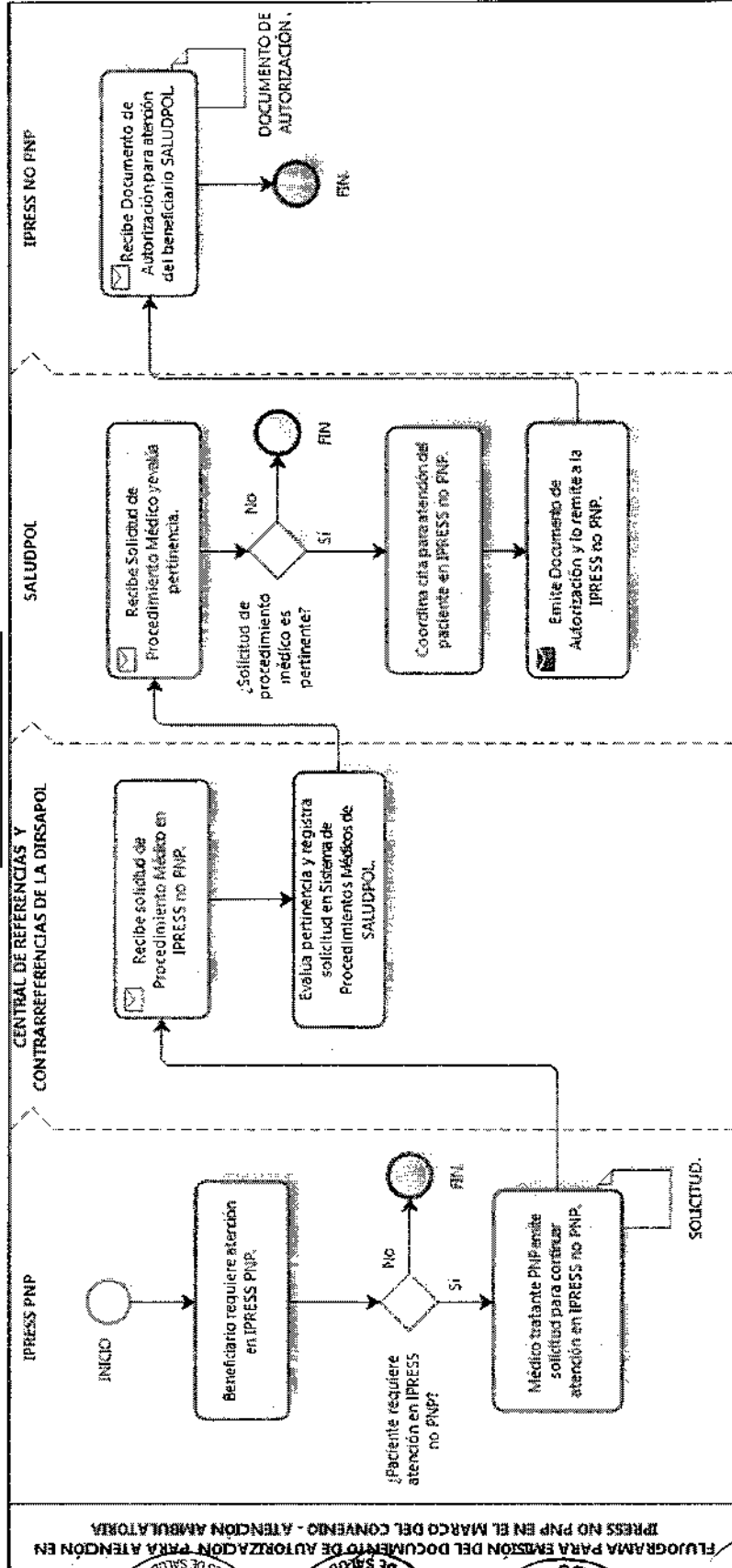
<sup>4</sup> Modelo referencial.



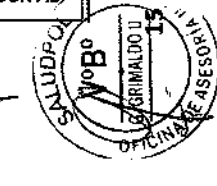
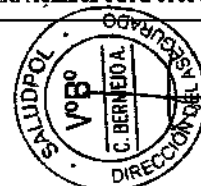


ANEXO N° 3.  
FLUJOGRAMA PARA ATENCION DE BENEFICIARIOS SALUDPOL EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO

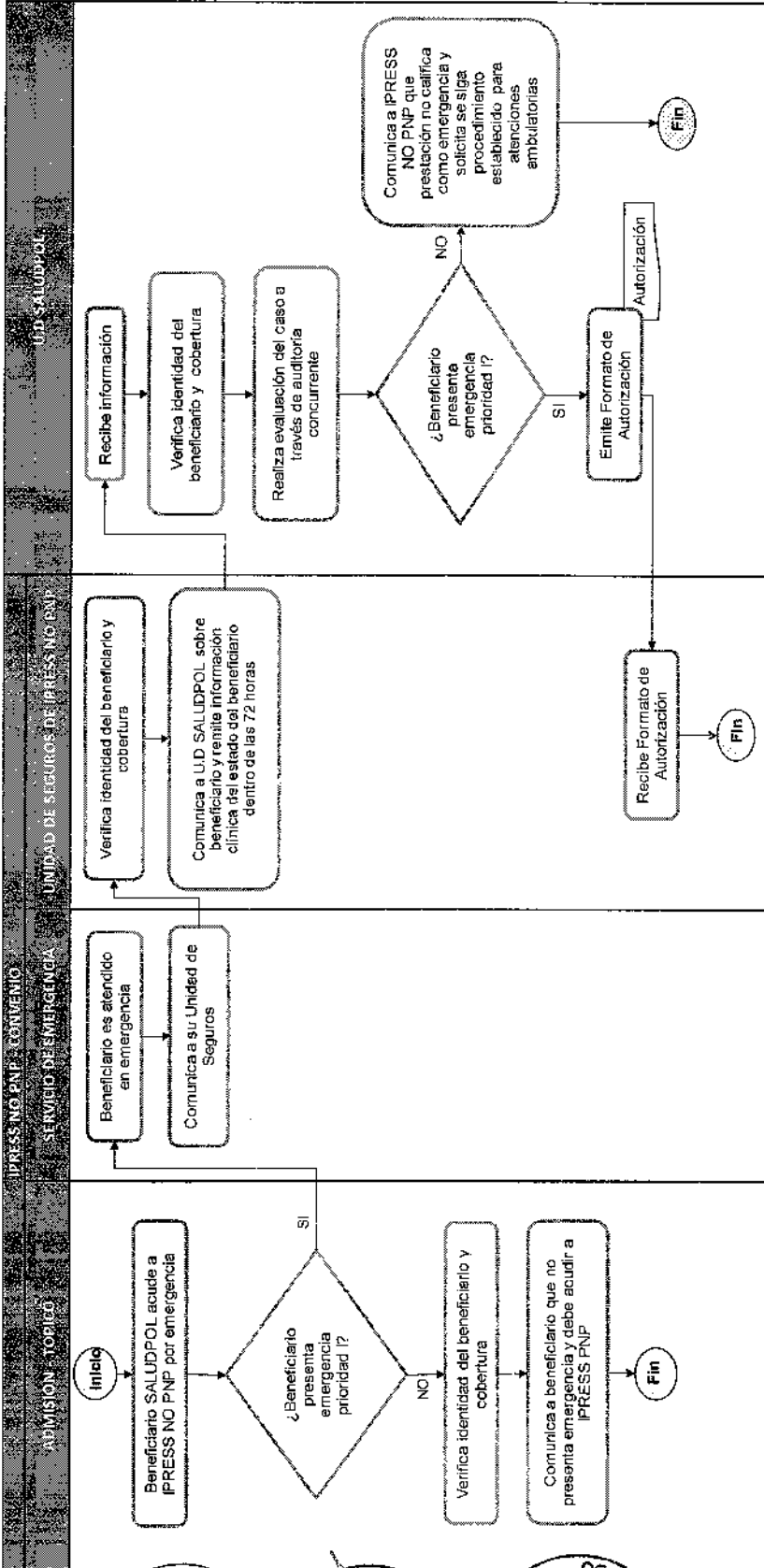
Atención Ambulatoria



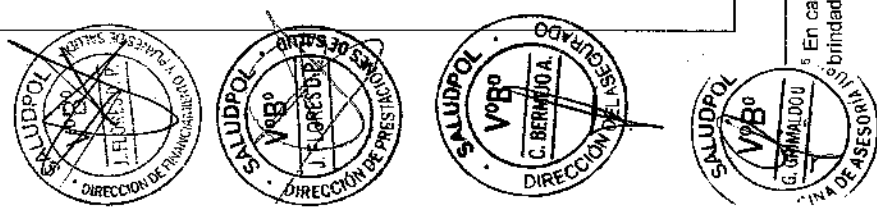
FLUJOGRAMA PARA EMISION DEL DOCUMENTO DE AUTORIZACION PARA ATENCION EN IPRESS NO PNP EN EL MARCO DEL CONVENIO - ATENCION AMBULATORIA



**Atención de Emergencia (Prioridad II)<sup>6</sup>**



<sup>6</sup> En caso la IPRESS no comunique la atención de emergencia prioridad I a la Unidad Territorial en el plazo de 72 horas (vía telefónica o vía electrónica) no se considerará dicha prestación como prioridad.





ANEXO N° 4. TARIFARIO<sup>6</sup>

ITEM	CODIGO CPT	DESCRIPCION	TARIFA S/.
1	76536	ECOGRAFÍA PARTES BLANDAS (CABEZA Y CUELLO)	28.13
2	76880	ECOGRAFÍA PARTES EXTREMIDADES: MIEMBRO SUPERIOR O INFERIOR	28.13
3	76537	ECO - TIROIDES	47.20
4	76604	ECO-TÓRAX	28.13
5	76645	ECO-MAMAS	28.13
6	76705	ECO-ABDOMINAL SUPERIOR	28.13
7	76706	ECO - ABDOMINAL SELECTIVA (EJM: HIGADO, VESICUAL, VIAS BILIARES, PANCREAS, BAZO, SISTEMA PORTA U OTROS)	30.00
8	76707	ECO- VÍAS BILIARES	30.00
9	76856	ECO-PÉLVICA	28.13
10	76830	ECO- TRANSVAGINAL	28.13
11	76770	ECO-RENAL	30.00
12	76771	ECO RENAL Y VÍAS URINARIAS	35.00
13	72774	ECO- PROSTÁTICA	40.00
14	72872	ECO- PROSTÁTICA Y VÍAS URINARIAS	60.00
15	78730	ECO- VEJIGA , PRÓSTATA Y VOLUMEN RESIDUAL	28.13
16	76805	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA I,II,III TRIMESTRE	28.13
17	76816	ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA SELECTIVA. EVALUACIÓ MORFOLÓGICA DEL FETO PARA DESCARTE DE MALFORMACIONES	28.13
18	76818	PERFIL BIOFÍSICO FETAL (S/ TEST NO ESTRESANTE)	37.50
19	70250	RADIOGRAFÍA DE CRÁNEO (F Y L) O < 3 INCIDENCIAS	43.20
20	70240	RADIOGRAFÍA SILLA TURCA (F Y P)	37.50
21	70160	EXAMEN RADIOLÓGICO HUESOS NAALES	43.20
22	70210	RADIOGRAFÍA DE SENOS PARANASALES	48.00
23	70100	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MANDÍBULA < 4 INCIDENCIAS O ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	60.00
24	70120	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MASTOIDES (2P)	30.00
25	70134	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE MEATOS AUDITIVOS INTERNOS (2P)	31.00
26	70140	EXAMEN RADIOLÓGICO COMPLETO DE HUESOS FACIALES (2P)	37.50
27	70328	RX. ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (UNILATERAL)	40.00
28	70330	RX. ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	37.50
29	72040	RX. COLUMNA CERVICAL 2 O 3 INCIDENCIAS	46.08
30	72070	RX. COLUMNA DORSAL (F Y L)	38.41
31	72074	RX. COLUMNA DORSAL (3 INCIDENCIAS)	40.00

<sup>6</sup> El cobro que efectúan los hospitales del Ministerio de Salud por las prestaciones de Salud es un tributo(tasa) por consiguiente no se encuentra afecto al impuesto General de Ventas SUNAT OFICIO N°511-A00000



32	72080	RX. COLUMNA DORSOLUMBAR (2 INCIDENCIAS)	40.00
33	72220	RADIOGRAFÍA SACROCOCCÍGEA (2 INCIDENCIAS)	60.00
34	72100	RX. COLUMNA LUMBOSACRA (2 o 3 INCIDENCIAS)	45.59
35	72020	RADIOGRAFÍA DE COLUMNA VERTEBRAL (VISTA ÚNICA)	27.86
36	73020	RADIOGRAFÍA DE HOMBRO UNILATERAL (1 VISTA)	27.86
37	73030	RX. HOMBRO COMPLETA BILATERAL (MÍNIMO 2 INCIDENCIAS)	60.00
38	73000	RADIOGRAFÍA CLAVÍCULA	30.96
39	71120	RADIOGRAFÍA ESTERNÓN HASTA 2 INCIDENCIAS	36.16
40	73050	RX. ARTICULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR (BILATERAL)	34.00
41	73010	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESCÁPULA COMPLETO (2P)	34.00
42	71100	RADIOGRAFÍA COSTILLA C/ LADO (2P)	33.27
43	73060	RADIOGRAFÍA DE HÚMERO 2 INCIDENCIAS (F Y P)	31.66
44	73070	RADIOGRAFÍA CODO 2 INCIDENCIAS (F Y P)	37.50
45	73090	RADIOGRAFÍA ANTEBRAZO C/ LADO	31.66
46	73100	RADIOGRAFÍA MUÑECA 2 INCIDENCIAS	31.66
47	73120	RADIOGRAFÍA MANO	33.91
48	73140	EXAMEN RADIOLÓGICO DE DEDOS DE MANO, MÍNIMO DOS INCIDENCIAS	30.00
49	74210	EXAMEN RADIOLÓGICO DE FARINGE Y/O ESÓFAGO CERVICAL / CAVUM	35.10
50	74220	RADIOGRAFÍA DE ESÓFAGO	45.00
51	71010	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX	27.86
52	71020	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (DOS INCIDENCIAS)	40.66
53	71035	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX INCIDENCIAS ADICIONALES O ESPECIALES ( 1P)	40.00
54	71022	RADIOGRAFÍA DE TÓRAX F, L Y PROYECCIONES OBLICUAS	40.00
55	74000	RADIOGRAFÍA SIMPLE ABDOMEN	32.89
56	74020	RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN DE PIE Y DECÚBITO	40.00
57	74270	COLON ENEMA OPACO	90.00
58	74200	RADIOGRAFÍA DE COLON (DOBLE CONTRASTE) 2P	192.00
59	74245	RADIOGRAFÍA TRÁNSITO INTESTINAL (04-05P)	166.00
60	74250	EXAMEN RADIOLÓGICO, INTESTINO DELGADO, INCLUYE MÚLTIPLES PLACAS SERIADAS	150.00
61	74249	EXAMEN RADIOLÓGICO, TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR CONTRASTE DE AIRE, CON BARIO ESPECÍFICO DE ALTA DENSIDAD, AGENTE EFERVESCENTE, CON O SIN GLUCAGON; CON SEGUIMIENTO DE TRÁNSITO EN INTESTINO DELGADO	150.00
62	73500	RADIOGRAFÍA DE CADERA (UNILATERAL)	35.18
63	72170	RADIOGRAFÍA DE PELVIS 1 O 2 INCIDENCIAS	31.66
64	72200	RADIOGRAFÍA ARTICULACIÓN SACROILÍACA UNILATERAL UNA VISTA	30.00
65	72201	RADIOGRAFÍA ARTICULACIÓN SACROILÍACA UNILATERAL MÍNIMO DOS VISTAS	48.87



66	73510	RADIOGRAFÍA ARTICULACIÓN COXOFEMORAL UNILATERAL	31.66
67	73550	RADIOGRAFÍA FEMUR ( 2 INCIDENCIAS)	31.66
68	73560	RADIOGRAFÍA ARTICULACIÓN RODILLA F Y L	31.66
69	73590	RADIOGRAFÍA DE TIBIA Y PERONÉ (2I)	31.66
70	73650	RADIOGRAFÍA DE TOBILLO	35.18
71	73620	RADIOGRAFÍA DE PIE (2 INCIDENCIAS)	31.66
72	73651	RADIOGRAFÍA DE CALCÁNEO	32.00
73	73630	RADIOGRAFÍA DE PIE (3 O MÁS INCIDENCIAS)	40.00
74	73660	RADIOGRAFÍA DE LOS DEDOS DEL PIE ( MÍNIMO DOS INCIDENCIAS)	32.00
75	76066	SURVEY ÓSEO	37.50
76	71034	TELERADIOGRAFÍA (CORAZÓN Y GRANDES VASOS)	48.00
77	74740	HISTEROSALPINGOGRAFÍA (04-05P)	187.50
78	76080	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ABSCESO, FÍSTULA O ESTUDIO DE TRACTO	67.47
79	74450	CISTOGRAFÍA RETRÓGRADA	112.50
80	74430	CISTOGRAFÍA (03P)	92.16
81	74305	COLANGIOGRAFÍA Y PANCREATOGRAFÍA A TRAVÉS DE CATETER EXISTENTE	126.72
82	74300	COLANGIOGRAFIA OPERATORIA	112.50
83	74320	COLANGIOGRAFIA PERCUTÁNEA TRANSHEPATICA (3 PLACAS)	112.50
84	74451	URETROGRAFÍA RETRÓGRADA	144.00
85	74400	UROGRAFÍA EXCRETORA	150.00
86	99202	CONSULTA AMBULATORIA PARA LA EVALUACION Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO O CONTINUADOR EN NIVEL DE ATENCION II	17.10
87	99241	INTERCONSULTA (CONSULTA ESPECIALIZADA) EN EMERGENCIA, CONSULTORIO EXTERNO U HOSPITALIZACIÓN	12.00
88	99241.02	EVALUACIÓN PREANESTÉSICA EN CONSULTORIO EXTERNO	19.00
89	99282	ATENCIÓN EN SHOCK TRAUMA	17.28
90	99283	ATENCIÓN EMERGENCIA II PRIORIDAD	14.40
91	99284	ATENCIÓN EMERGENCIA III PRIORIDAD	14.40
92	99285	ATENCIÓN EMERGENCIA IV PRIORIDAD	17.28
93	99234	EVALUACION Y MANEJO SUBSECUENTES DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO O EN OBSERVACION, INCLUYENDO LA ADMISION Y EL ALTA EN UN MISMO DIA	60.00
94	99233	EVALUACION Y MANEJO SUBSECUENTES DE UN PACIENTE EN OBSERVACION POR DÍA ( HASTA 24 HORAS)	32.00
95	99295	ATENCION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DIA PACIENTE (INCLUYE ESTADIA, HIGIENE TOTAL Y SOPORTE VITAL AVANZADO)	180.00
96	93000	ELECTROCARDIOGRAMA	16.95
97	93224	HOLTER	32.71
98	93015	PRUEBA DE ESFUERZO (ERGOMETRÍA)	49.11



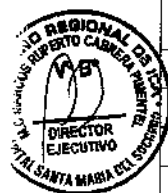
99	99199.01	ECTROCARDIOGRAMA+RIESGO QUIRÚRGICO	50.00
100	99199	RIESGO QUIRÚRGICO	17.71
101	11750	ESCISIÓN PERMANENTE DE UÑA Y MATRIZ UNGUEAL, PARCIAL O COMPLETO (P. EJ. UÑA ENCARNADA O DEFORMADA)	44.78
102	11740	DRENAJE DE HEMATOMA SUBUNGUEAL	37.44
103	11100	BIOPSIA PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO O MUCOSA	38.88
104	10080	INCISIÓN Y DRENAJE DE QUISTE PILONIDAL SIMPLE	36.81
105	10120	INCISIÓN Y RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO DE TEJIDO SUBCUTÁNEO	36.41
106	10140	INCISIÓN Y DRENAJE DE HEMATOMA, SEROMA O COLECCIÓN DE SECRECIONES	29.66
107	10160	PUNCION Y ASPIRACION DE ABCESO, HEMATOMA, BULA O QUISTE O FLICTENA	25.76
108	11000	DEBRIDAMIENTO DE ECCEMA O INFECCIÓN DE LA PIEL ( HASTA EL 10% DE SUPERFICIE CORPORAL)	37.44
109	11001	LIMPIEZA QUIRÚRGICA	288.80
110	11055	DESCAMADO DE LESIÓN HIPERQUERATOSICA BENIGNA	33.12
111	11200	EXTIRPACION DE LESIONES PEDICULADAS, ACROCORDONES, PAPILOMAS FIBROSCUTANEOS MULTIPLES, HASTA 15 LESIONES	62.51
112	11010	DEBRIDAMIENTO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO, INCLUYENDO REMOCION DE CUERPOS EXTRAÑOS ASOCIADOS CON FRACTURA(S) Y/O DISLOCADURA(S) ABIERTA(S) (P. EJ. DEBRIDACION EXCISIONAL)	483.00
113	11011	DEBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO, FASCIA MUSCULAR Y MUSCULO, INCLUYENDO REMOCION DE CUERPOS EXTRAÑOS ASOCIADOS CON FRACTURA(S) Y/O DISLOCADURA(S) ABIERTA(S) (P. EJ. DEBRIDACION EXCISIONAL)	528.00
114	11012	DEBRIDAMIENTO DE PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO, FASCIAL MUSCULAR, MUSCULO Y HUESO, INCLUYENDO REMOCION DE CUERPOS EXTRAÑOS ASOCIADOS CON FRACTURA(S) Y/O DISLOCADURA(S) (P. EJ. DEBRIDACION EXCISIONAL)	675.00
115	11400	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA, EXCEPTO DE VERRUGAS BLANDAS	73.17
116	15849	RETIRO DE PUNTOS (CIRUGÍA GENERAL)	11.52
117	12031	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS 2.5 CM O MENOS	42.66
118	12032	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS MENOR O IGUAL A 10 CM	50.00
119	12035	CIERRE EN CAPAS DE HERIDAS MAYOR A 10 CM	55.00
120	15999	ESCALECTOMÍA	230.40
121	16035	ESCAROTOMÍA	230.40
122	15854	CURACIÓN HERIDA PEQUEÑA	14.40
123	13160	CIERRE DE HERIDA QUIRÚRGICA O DEHISCENCIA AMPLIA O COMPLICADA	573.88
124	11606	EXTIRPACION DE LESION AMPLIA DERMATOLOGICA	42.00
125	17000	DESTRUCCIÓN DE LESIONES BENIGNAS CUALQUIER MÉTODO	49.05



126	17340	CRIOTERAPIA DERMATOLÓGICA	31.30
127	17260	DESTRUCCIÓN DE LESIÓN MALIGNA CUALQUIER MÉTODO	57.56
128	15050	INJERTO DE PIEL	511.25
129	17250	CAUTERIZACIÓN QUÍMICA DE TEJIDO DE GRANULACIÓN (EJM: PODOFILINO)	40.00
130	19000	PUNCIÓN CON AGUJA FINA DE QUISTE DE MAMA	45.44
131	19100	BIOPSIA DE MAMA. AGUJA TROCAR	50.37
132	20220	BIOPSIA DE HUESO	31.80
133	20600	ARTROCENTESIS	33.66
134	20926	INJERTO DE TEJIDO, OTROS (P. EJ. PARATENDON, GRASA, DERMIS)	828.17
135	20650	TRACCION ESQUELETICA	212.00
136	24200	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO EN BRAZO O REGION DEL CODO	197.00
137	24201	REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO SUBFASCIAL O INTRAMUSCULAR EN BRAZO O CODO	482.00
138	24400	OSTEOTOMIA DE HUMERO	441.00
139	24495	FASCIOTOMIA DE DESCOMPRESION DE ANTEBRAZO	328.00
140	24515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL DIAFISARIA	357.00
141	24538	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA HUMERAL	84.00
142	24545	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA HUMERAL SUPRACONDILAR O TRANCONDILAR SIN EXTENSION INTERCONDILAR	484.00
143	24586	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA PERIARTICULAR Y/O LUXACION DE CODO (FRCTURA DE HUMERO DISTAL Y CUBITO PROXIMAL Y/O RADIO PROXIMAL)	571.00
144	24600	TRATAMIENTO O REDUCCIÓN CERRADA DE LUXACION DE CODO, MUÑECA	44.30
145	24615	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION AGUDA O CRONICA DE CODO	365.00
146	24620	TRATAMIENTO CERRADO DE LA FRACTURA DE MONTEGGIA A NIVEL DE CODO	49.00
147	24635	TRATAMIENTO ABIERTO DE LA FRACTURA DE MONTEGGIA A NIVEL DE CODO	346.00
148	24685	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE CUBITO, EXTREMO PROXIMAL (APOFISIS OLECRANEANA)	365.00
149	24800	ARTRODESIS, ARTICULACION DE CODO	413.00
150	25000	INCISION DE VAINA TENDINOSA DEL EXTENSOR, MUÑECA (P. EJ. ENFERMEDAD DE QUERVAIN)	43.00
151	25020	FASCIOTOMIA DESCOMPRESORA ANTEBRAZO Y/O MUÑECA	242.00
152	25111	ESCISION DE GANGLION DE MUÑECA ( DORSAL O PALMAR)	286.00
153	25150	ESCISION PARCIAL DE CUBITO O RADIO	414.00
154	25248	EXPLORACION CON EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO DE ANTEBRAZO O MUÑECA	76.00
155	25500	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE CUBITO Y/O RADIO	48.00



156	25515	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE CUBITO Y/O RADIO	414.00
157	25526	TRATAMIENTO ABIERTO DE DIAFISIS RADIAL CON FIJACION INTERNA Y/O EXTERNA Y TRATAMIENTO CERRADO DE DISLOCADURA RADIOCUBITAL DISTAL	545.00
158	25606	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA DISTAL DE RADIO O SEPARACION EPIFISARIA	327.12
159	25620	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DISTAL DE RADIO (P. EJ. FRACTURA DE COLLES O SMITH) O SEPARACION EPIFISARIA	480.00
160	25630	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE HUESO CARPIANO EXCEPTO ESCAFIODE	73.75
161	25645	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE HUESO CARPIANO	463.00
162	25676	TRATAMIENTO ABIERTO DE LUXACION RADIOCUBITAL DISTAL	410.00
163	25900	AMPUTACION DE ANTEBRAZO A TRAVES DE RADIO Y CUBITO	485.00
164	25920	DESARTICULACION A TRAVES DE LA MUÑECA	371.00
165	26020	DRENAJE DE VAINA TENDINOSA	349.00
166	26037	FASCIOTOMIA DESCOMPRESORA DE MANO	398.00
167	26040	FASCIOTOMIA PALMAR	399.00
168	26055	INCISION DE VAINA TENDINOSA (P. EJ. PARA DEDO EN GATILLO)	172.00
169	26070	ARTROTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE, EXTIRPACION DE CUERPO SUELTO O CUERPO EXTRAÑO O BIOPSIA EN ARTICULACION CARPOMETACARPIANA	573.00
170	26121	FASCIECTOMIA DE LA PALMA	371.00
171	26200	ESCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO DEL METACARPO MAS INJERTO OSEO	479.00
172	26230	ESCISION PARCIAL DE METACARPO O FALANGES	420.00
173	26350	CORRECCION O AVANCE DE TENDON FLEXOR DE MANO	543.00
174	26587	RECONSTRUCCION DE DIGITO SUPERNUMERARIO TEJIDO BLANDO Y HUESO	357.00
175	26615	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA METACARPIANA, FALANGES	350.00
176	26676	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE LUXACION CARPOMETACARPIANA, INTERFALANGICA	273.00
177	26727	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA INESTABLE DE FALANGE	371.00
178	26851	AMPUTACION A NIVEL DE DEDOS DE MANO	347.00
179	26910	AMPUTACION A NIVEL DE MANO	432.00
180	27043	ESCISION DE TUMOR DE PIE; TEJIDO SUBCUTANEO	357.00
181	27193	TRATAMIENTO CERRADO DE LUXACION DE CADERA, RODILLA, TOBILLO	70.00
182	27200	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA COCCIGEA	70.00
183	27226	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE ACETABULO	1008.00
184	27235	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA DE EXTREMO PROXIMAL O CUELLO FEMORAL	500.00
185	27299	TRACCION CUTANEA	527.00



186	27305	FASCIOTOMIA ILLIOTIBIAL	399.00
187	27310	ARTROTOMIA DE RODILLA CON EXPLORACION, DRENAJE, EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO O BIOPSIA SINOVAL	693.00
188	27350	ROTULECTOMIA O HEMIROTULECTOMIA	585.00
189	27380	SUTURA DE TENDON INFRARROTULIANO	479.00
190	27385	SUTURA DE RUPTURA DEL MUSCULO CUADRICEPS O DE UNIDAD MUSCULO TENDINOSA DE LA CORVA	421.00
191	27405	CORRECCION DE CAPSULA Y/O LIGAMENTOS DE RODILLA	543.00
192	27418	PLASTIA DE TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA	414.00
193	27420	RECONSTRUCCION DE LUXACION DE RÓTULA	414.00
194	27448	OSTEOTOMIA DE FEMUR	672.00
195	27506	FIJACIÓN EXTERNA DE FÉMUR	154.64
196	27455	OSTEOTOMIA TIBIA PROXIMAL, INCLUYENDO ESCISION U OSTEOTOMIA DE PERONE	672.00
197	27497	FASCIOTOMIA DESCOMPRESORA DE MUSLO Y/O RODILLA, CON DESBRIDAMIENTO DE MUSCULO Y/O NERVIOS DESVITALIZADOS	371.00
198	27500	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE DIAFISIS FEMORAL	86.25
199	27507	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LA DIAFISIS FEMORAL CON PLACA/TORNILLOS CON O SIN CERCLAJE	615.00
200	27508	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA FEMORAL EXTREMO DISTAL, CONDILO MEDIAL O LATERAL SIN MANIPULACION	69.00
201	27509	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA FEMORAL DISTAL	441.00
202	27550	TRATAMIENTO CERRADO DE LUXACION DE RODILLA SIN ANESTESIA	101.25
203	27570	MANIPULACION DE ARTICULACION DE LA RODILLA BAJO ANESTESIA GENERAL	357.00
204	27580	ARTRODESIS RODILLA CUALQUIER TECNICA	669.00
205	27590	AMPUTACION A NIVEL DE MUSLO	539.00
206	27598	DESARTICULACION DA NIVEL DE RODILLA	613.00
207	27600	FASCIOTOMIA DESCOMPRESORA DE PIERNA	384.00
208	27603	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO PROFUNDO, HEMATOMA, BOLSA SINOVAL INFECTADA DE PIERNA O TOBILLO	195.00
209	27618	ESCISION DE TUMOR DE PIERNA O REGION DEL TOBILLO; TEJIDO SUBCUTANEO	420.00
210	27630	ESCISION DE LESION DE VAINA TENDINOSA O CAPSULA (P. EJ. QUISTE O GANGLIO) PIERNA Y/O TOBILLO	479.00
211	27650	CORRECCION DE RUPTURA DEL TENDON DE AQUILES	371.00
212	27656	CORRECCION DE DEFECTO FASCIAL DE LA PIERNA	314.00
213	27704	REMOCION DE IMPLANTE DE TOBILLO	371.00
214	27756	FIJACION ESQUELETICA PECUTANEA DE FRACTURA DE DIAFISIS TIBIAL ( CON O SIN FRACTURA DEL PERONE)	411.25
215	27758	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE LA DIAFISIS TIBIAL ( CON O SIN FRACTURA DEL PERONE)	543.00
216	27784	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE PERONE PROXIMAL O DIAFISIS DE PERONE	543.00

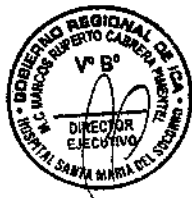


217	27792	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE PERONE DISTAL	543.00
218	27814	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA BI MALEOLAR O TRIMALEOLAR DEL TOBILLO	543.00
219	27822	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA TRIMALEOLAR DEL TOBILLO CON O SIN FIJACION INTERNA O EXTERNA MALEOLO MEDIAL Y/O LATERAL	504.00
220	27829	TRATAMIENTO ABIERTO DE ROTURA DE LA ARTICULACION TIBIOPERONEA DISTAL ( SINDESMOSIS)	543.00
221	27860	MANIPULACION DE TOBILLO BAJO ANESTESIA GENERAL	357.00
222	27870	ARTRODESIS TOBILLO CUALQUIER METODO	672.00
223	27880	AMPUTACION A NIVEL DE TIBIA Y PERONE	576.00
224	27888	AMPUTACION A NIVEL DE LOS MALEOLOS DE LA TIBIA Y PERONE	587.00
225	27889	DESARTICULACION DE TOBILLO	543.00
226	28008	FASCIOTOMIA DE PIE Y/O DEDO DEL PIE	371.00
227	28070	SINOVECTOMIA DE ARTICULACION INTERTASIANA, TARSOMETARSIANA O METATARSOFALANGICA	469.00
228	28086	SINOVECTOMIA DE VAINA TENDINOSA DE PIE	484.00
229	28450	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE HUESO TARSIANO (EXCEPTO ASTRÁGALO Y CALCÁNEO) O METATARSIANO	97.05
230	28100	ESCISION O LEGRADO DE QUISTE OSEO O TUMOR BENIGNO, ASTRÁGALO O CALCÁNEO; HUESOS DEL TARSO, METATARSO O FALANGES	483.00
231	28150	FALANGUECTOMIA, DEDO DEL PIE	314.00
232	28190	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO EN PIE CON O SIN COMPLICACIONES	300.00
233	28220	TENOLISIS DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE PIE	420.00
234	28230	TENOTOMIA ABIERTA DE TENDON FLEXOR O EXTENSOR DE PIE	356.00
235	28240	TENOTOMIA, ALARGAMIENTO O LIBERACION DE MUSCULO ABDUCTOR DEL DEDO GORDO	413.00
236	28313	RECONSTRUCCION, DEFORMIDAD ANGULAR DE DEDO DE PIE, PROCEDIMIENTOS PARA TEJIDO BLANDO SOLAMENTE	413.00
237	28344	RECONSTRUCCION, DEDO DE PIE; POLIDACTILIA	413.00
238	28345	RECONSTRUCCION DE DEDOS DE PIE, SINDACTILIA, CON O SIN INJERTOS DE PIEL, CADA MEMBRANA INTERDIGITAL	413.00
239	28406	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA DE CALCANEOS O ASTRAGALO	357.00
240	28415	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA DE ASTRAGALO Y CALCANEOS	372.00
241	28476	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA METATARSIANA CON MANIPULACION CADA UNA	393.00
242	28490	TRATAMIENTO CERRADO DE FRACTURA DE DEDO GORDO, FALANGE O FALANGES SIN MANIPULACION	59.00
243	28496	FIJACION ESQUELETICA PERCUTANEA DE FRACTURA DEL DEDO GORDO, FALANGE O FALANGES CON MANIPULACION	314.00
244	28750	ARTRODESIS METATARSOFALANGICA	543.00
245	28755	ARTRODESIS INTERFALANGICA	485.00





246	28800	AMPUTACION DE PIE	548.00
247	28820	AMPUTACION DE DEDOS DE PIE	399.00
248	27216	FIJACIÓN PERCUTÁNEA DE FRACTURA DE PELVIS	432.00
249	27217	TRATAMIENTO ABIERTO DE FRACTURA PÉLVICA Y/O LUXACIÓN, INCLUYE FIJACIÓN INTERNA	812.49
250	29010	APLICACIÓN DE CORSÉ DE YESO	87.58
251	29049	ENYESADO "EN FIGURA DE OCHO" (VENDAJE ACROMIOCLAVICULAR)	20.16
252	29058	ENYESADO TIPO VELPEAU (TORACOBRAQUIAL)	89.66
253	29075	APLICACIÓN YESO; DE CODO A DEDO (CORTO, DEL BRAZO)	72.10
254	29065	APLICACIÓN DE YESO DE HOMBRO A MANO	89.66
255	29085	APLICACIÓN DE YESO DE MANO A ANTEBRAZO BAJO (GUANTE)	64.80
256	29125	APLICACIÓN DE FÉRULA EN ANTEBRAZO	28.80
257	29105	APLICACIÓN DE FERULA CORTA DE PIERNA (PANTORRILLA A PIE)	20.16
258	29345	APLICACIÓN DE YESO LARGO PARA LA PIERNA ( MUSLO A DEDOS / MUSLOPEDIO)	38.88
259	29405	APLICACIÓN DE YESO CORTO PARA LA PIERNA ( DEBAJO DE LA RODILLA HASTA DEDOS DE LOS PIES)	67.60
260	29325	APLICACIÓN DE YESO PELVIPEDIO	98.33
261	29893	FASCIOTOMIA, FASCIA PLANTAR	371.00
262	29700	RETIRO DE YESO	25.00
263	38100	ESPLENECTOMIA TOTAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO)	1283.37
264	38101	ESPLENECTOMIA PARCIAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO)	1185.60
265	38115	REPARACION DE ROTURA DE BAZO (ESPLENORRAFIA) CON O SIN ESPLENECTOMIA PARCIAL	1006.00
266	38120	ESPLENECTOMIA POR VIA LAPAROSCOPICA	1700.00
267	43020	ESOFAGOTOMIA, ABORDAJE CERVICAL, CON REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO	599.00
268	43045	ESOFAGOTOMIA, ABORDAJE TORACICO CON EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO	989.00
269	43107	ESOFAGUECTOMIA TOTAL O CASI TOTAL, SIN TORACOTOMIA, CON FARINGOGASTROMIA O ESOFAGOGASTROSTOMIA CERVICAL, CON O SIN PILOROPLASTIA ( TRANSHIATAL)	1626.53
270	43108	ESOFAGUECTOMIA TOTAL O CASI TOTAL, SIN TORACOTOMIA, CON INTERPOICION DE COLON O RECONSTRUCCION DE INTESTINO DELGADO, INCLUYENDO MOVILIZACION, PREPARACION Y ANASTOMOSIS DE INTESTINO	1807.26
271	43116	ESOFAGUECTOMIA PARCIAL	1445.13
272	43130	DIVERTICULECTOMIA DE HIPOFARINGE O ESOFAGO, CON O SIN MIOTOMIA, ABORDAJE CERVICAL	1179.00
273	43204	ESOFAGOSCOPIA FLEXIBLE CON INYECCION DE SUSTANCIA ESCLEROSANTE EN VARICES ESOFAGICAS	191.62
274	43205	ESOFAGOSCOPIA FLEXIBLE CON LIGADURA ELASTICA DE VARICES ESOFAGICAS	200.00



275	43260	COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPIA RETROGRADA (CPRE)	205.54
276	43280	FUNDOPLASTIA ESEFAGOGASTRICA (P. EJ. PROCEDIMIENTOS DE NISSEN, TUOPET) POR LAPAROSCOPIA	956.00
277	43300	ESOFAGOPLASTIA ( REPARACION O RECONSTRUCCION PLASTICA), ABORDAJE CERVICAL, SIN REPARACION DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA	840.00
278	43310	ESOFAGOPLASTIA (REPARACION O RECONSTRUCCION PLASTICA), ABORDAJE TORACICO, SIN REPARACION DE FISTULA TRAQUEOESOFAGICA	1027.00
279	43320	ESOFAGOGASTROSTOMIA (CARDIOPLASTIA), CON O SIN VAGOTOMIA O PILOROPLASTIA, ABORDAJE TRANSTORACICO O TRANSABDOMINAL	844.00
280	43324	FUNDOPLASTIA ESEFAGOGASTRICA (P. EJ. PROCEDIMIENTOS DE NISSEN, BALSEY IV, HILL)	1185.00
281	43330	ESOFAGOMIOTOMIA (TIPO HELLER); ABORDAJE ABDOMINAL	983.00
282	43340	ESOFAGOYUNOSTOMIA (SIN GASTRECTOMIA TOTAL), ABORDAJE ABDOMINAL	914.00
283	43350	ESOFAGOSTOMIA, FISTULIZACION EXTERNA DE ESOFAGO; ABORDAJE ABDOMINAL	914.00
284	43361	RECONSTRUCCION GASTROINTESTINAL POR ESOFAGUECTOMIA PREVIA, POR LESION O FISTULA OBSTRUCTIVA ESOFAGICA O POR EXCLUSION ESOFAGICA PREVIA, CON INTERPOSICION DE COLON O INTESTINO DELGADO INCLUYENDO LA MOVILIZACION, PREPARACION Y ANASTOMOSIS DE INTESTINO	1532.00
285	43400	LIGADURA DIRECTA DE VARICES ESOFAGICAS	252.00
286	43401	TRANSECCION DE ESOFAGO CON CORRECCION POR VARICES ESOFAGICAS	914.00
287	43405	LIGADURA O ENGRAPADO DE LA UNION GASTROESOFAGICA POR PERFORACION ESOFAGICA PREEXISTENTE	909.00
288	43410	SUTURA DE HERIDA O LESION ESOFAGICA POR ABORDAJE CERVICAL	684.00
289	43415	SUTURA DE HERIDA O LESION ESOFAGICA, POR ABORDAJE TRANSTORACICO O TRASBDOMINAL	802.00
290	43420	CIERRE DE ESOFAGOSTOMIA O FISTULA, VIA CERVICAL	840.00
291	43450	DILATACION DE ESOFAGO, MEDIANTE DILATADOR SIN GUIA, EN INTENTO UNICO O MULTIPLE	660.00
292	43460	TAPONAMIENTO ESOFAGOGASTRICO, CON BALON (TIPO SENGSTAAKEN)	214.00
293	43500	GASTRONOMIA; CON EXPLORACION O EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO	593.00
294	49565	CURA QUIRÚRGICA DE EVENTRACIÓN DE PARED ABDOMINAL REDUCIBLE	475.23
295	49582	CURA QUIRÚRGICA DE HERNIA UMBILICAL INCARCERADA	620.11
296	49570	CURA QUIRURGICA DE HERNIA EPIGASTRICA (P. EJ. GRASA PREPERITONEAL); REDUCIBLE ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	377.00
297	49572	CURA QUIRURGICA DE HERNIA EPIGASTRICA (P. EJ. GRASA PREPERITONEAL); INCARCERADA O ESTRANGULADA	469.00
298	49580	CURA QUIRURGICA DE HERNIA UMBILICAL REDUCTIBLE	377.00



299	49590	CURA QUIRURGICA DE HERNIA DE SPIEGEL	463.00
300	49600	CORRECCION DE ONFALOCELE PEQUEÑO, CON CIERRE PRIMARIO	588.00
301	49650	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, HERNIOPLASTIA INGUINAL INICIAL	552.00
302	49675	EVENTROPLASTIA POR VIA LAPAROSCOPICA	650.00
303	43501	GASTROTOMIA CON SUTURA DE ULCERA SANGRANTE	694.00
304	43520	PILOROMIOTOMIA, CORTE DE MUSCULO PILORICO ( PROCEDIMIENTO DE FREDT-RAMSTEDT)	507.00
305	43605	BIOPSIA DE ESTOMAGO POR LAPAROTOMIA	522.00
306	43620	GASTRECTOMIA TOTAL, CON ESOFAGOENTEROSTOMIA	1804.14
307	43631	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL, CON GASTRODUODENOSTOMIA	1208.00
308	43638	GASTRECTOMIA PARCIAL (SUBTOTAL)	1462.00
309	43640	VAGOTOMIA INCLUYENDO PILOROPLASTIA, CON O SIN GASTROSTOMIA, TRONCAL O SELECTIVA	844.00
310	43641	VAGOTOMIA INCLUYENDO PILOROPLASTIA, CON O SIN GASTROSTOMIA; DE CELULAS PARIETALES (ALTAMENTE SELECTIVA)	844.00
311	43651	VAGOTOMIA TRONCULAR POR LAPAROSCOPIA	764.00
312	43652	VAGOTOMIA SELECTIVA O ULTRASELECTIVA POR LAPAROSCOPIA	804.00
313	43653	GASTROSTOMIA POR LAPAROSCOPIA, SIN CONSTRUCCION DE TUBO GASTRICO(P. EJ. PROCEDIMIENTO DE STAMN)(PROCEDIMIENTO SEPARADO)	434.88
314	43800	PILOROSPLASTIA	619.00
315	43810	GASTRODUODENOSTOMIA	684.00
316	43820	GASTROYUYENOSTOMIA SIN VAGOTOMIA	694.00
317	43830	GASTROSTOMIA, ABIERTA; SIN CONSTRUCCION DE TUBO GASTRICO(P. EJ. PROCEDIMIENTO DE STAMN) ( PROCEDIMIENTO SEPARADO)	469.00
318	43831	GASTROSTOMIA ABIERTA; NEONATAL, PARA ALIMENTACION	563.00
319	43840	GASTRORRAFIA, SUTURA DE ULCERA DUODENAL GASTRICA PERFORADA, HERIDA O LESION	609.00
320	43850	REPARACION DE ANASTOMOSIS GASTRODUODENAL (GASTRODUODENOSTOMIA) SIN RECONSTRUCCION DE ANASTOMOSIS, SIN VAGOTOMIA	544.00
321	43870	CIERRE QUIRURGICO DE GASTROSTOMIA	528.00
322	43880	CIERRE DE FISTULA GASTROCOLICA	619.00
323	44005	ENTEROLISIS (LIBERACION DE ADHERENCIAS INTESTINALES) ( PROCEDIMIENTO SEPARADO)	619.00
324	44010	DUODENOTOMIA PARA EXPLORACION, BIOPSIA, REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO	684.00
325	44011	DIVERTICULIZACION DUODENAL	1133.00
326	44015	YEYUNOSTOMIA CON TUBO O CATETER, PARA ALIMENTACION ENTERAL, REALIZADA DURANTE UNA CIRUGIA, POR CUALQUIER METODO (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CODIGO PRIMARIO)	619.00



327	44020	ENTEROTOMIA, INTESTINO DELGADO DIFERENTE A DUODENO, PARA EXPLORACION, BIOPSIA O REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO	694.00
328	44025	COLOTOMIA PARA EXPLORACION, BIOPSIA REMOCION DE CUERPO EXTRAÑO	694.00
329	44050	REDUCCION DE VOLVULO, INTUSUSCEPCION, HERNIA INTERNA, MEDIANTE LAPAROTOMIA	724.00
330	44055	CORRECCION DE MALROTACION MEDIANTE LISIS DE BANDAS DUODENALES Y/O REDUCCION DE VOLVULO DE INTESTINO MEDIO ( P. EJ PROCEDIMIENTO DE LADD)	971.00
331	44120	ENTERECTOMIA, RESECCION DEL INTESTINO DELGADO, RESECCION Y ANASTOMOSIS UNICAS	892.49
332	44130	ENTEROENTEROSTOMIA, ANASTOMOSIS DE INTESTINO, CON O SIN ENTEROSTOMIA CUTANEA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO)	1006.00
333	44131	CIRUGIA DE DUPLICACION INTESTINAL	844.00
334	44139	MOVILIZACION (DESMONTADO) DE ANGULO ESPLINDIDO REALIZADO EN CONJUNCION CON COLECTOMIA PARCIAL ( REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CODIGO PRIMARIO)	919.00
335	44140	COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS	1380.65
336	44150	COLECTOMIA TOTAL ABDOMINAL, SIN PROBLEMA, CON ILEOSTOMIA O ILEOPECTOSTOMIA	1789.36
337	44155	COLECTOMIA TOTAL ABDOMINAL, CON PRETECTOMIA, CON ILEOSTOMIA	1909.33
338	44180	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, ENTEROLISIS ( LIBERACION DE ADHERENCIAS INTESTINALES) ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	782.45
339	44200	ENTEROLISIS (LIBERACION DE ADHERENCIAS INTESTINALES) POR LAPAROSCOPIA	643.00
340	44201	YEYUNOSTOMIA POR LAPAROSCOPIA	582.00
341	44202	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, ENTERECTOMIA, RESECCION DEL INTESTINO DELGADO, RESECCION SIMPLE Y ANASTOMOSIS	1036.02
342	44320	COLOSTOMIA O CECOSTOMIA CON EXTERIORIZACION A LA PIEL	732.00
343	44340	REVISION DE COLOSTOMIA SIMPLE ( LIBERACION DE CICATRIZ SUPERFICIAL) ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	507.00
344	44361	ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO, ENTEROSCOPIA, MAS ALLA DE LA SEGUNDA PORCION DEL DUODENO, SIN INCLUIR EL ILEON; CON BIOPSIA, UNICA O MULTIPLE	172.00
345	44602	SUTURA DE PERFORACION SIMPLE DE INTESTINO DELGADO ( ENTERORRAFIA ) POR ULCERA PERFORADA, DIVERTICULO, HERIDA, LESION O RUPTURA; PERFORACION UNICA	563.00
346	44604	SUTURA DEL INTESTINO GRUESO ( COLORRAFIA ) POR ULCERA PERFORADA, DIVERTICULO, HERIDA, LESION O RUPTURA ( CON PERFORACIONES UNICA O MULTIPLES) SIN COLOSTOMIA	563.00
347	44615	CORRECCION PLASTICA DE ESTRECHEZ INTESTINAL (ENTEROTOMIA Y ENTERORRAFIA) CON O SIN DILATACION, POR OBSTRUCCION INTESTINAL	694.00



348	44620	CIERRE DE ENTEROSTOMIA, INTESTINO GRUESO O DELGADO	563.00
349	44650	CIERRE DE FISTULA ENTEROENTERICA O ENTEROCOLICA	619.00
350	44660	CIERRE DE FISTULA ENTEROVESICAL, SIN RESECCION VESICAL O INTESTINAL	790.00
351	44680	PLICATURA INTESTINAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	1151.00
352	44725	CIERRE DE COLOSTOMIA POR VIA LAPAROSCOPIA	1006.00
353	44800	ESCISION DE DIVERTICULO DE MECKEL ( DIVERTICULECTOMIA ) O CONDUCTO ONFALOMESENTERICO	619.00
354	45000	DRENAJE TRANSRECTAL DE ABSCESO PELVICO	449.00
355	45100	BIOPSIA DE LA PARED ANORRECTAL, ABORDAJE ANAL (P. EJ. MEGACOLON CONGENITO)	513.69
356	45110	PROCTECTOMIA COMPLETA, COMBINADA ABDOMINOPERINEAL, CON COLOSTOMIA	1194.57
357	45114	PROCTECTOMIA PARCIAL, CON ANASTOMOSIS; ABORDAJES ABDOMINAL Y TRANSACRAL	891.00
358	45120	PROCTECTOMIA COMPLETA (POR MEGACOLON CONGENITO), ABORDAJES ABDOMINAL Y PERINEAL, CON DESCENSO ENDORRECTAL TRANSANAL Y ANASTOMOSIS (P. EJ. OPERACION DE TIPO SWENSON, DUHAMEL O SOAVE)	1445.00
359	45130	ESCISION DE PROLAPSO RECTAL, CON ANASTOMOSIS; ABORDAJE PERINEAL	470.00
360	45160	ESCISION DE TUMOR RECTAL MEDIANTE PROCTOTOMIA, ABORDAJES TRANSACRAL O TRANSCOCCIGEO	526.00
361	45300	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA	93.75
362	45380	COLONOSCOPIA TOTAL	177.82
363	45356	COLONOSCOPIA DERECHA	93.75
364	45357	COLONOSCOPIA IZQUIERDA	93.75
365	45500	PROCTOPLASTIA DEBIDO A ESTENOSIS	526.00
366	45540	PROCTEPEXIA (P. EJ. POR PROLAPSO); ABORDAJE ABDOMINAL	638.00
367	45541	PROCTEPEXIA (P. EJ. POR PROLAPSO); ABORDAJE PERINEAL	638.00
368	45545	PROCTOPEXIA POR PROLAPSO; ABORDAJE LAPAROSCOPIA	724.00
369	45550	PROCTOPEXIA (P. EJ. POR PROLAPSO); COMBINADA CON RESECCION SIGMOIDEA, ABORDAJE ABDOMINAL	844.00
370	45560	CORRECCION DE RECTOCELE ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	554.00
371	45800	CIERRE DE FISTULA RECTOVESICAL	526.00
372	45820	CIERRE DE FISTULA RECTOURETRAL	638.00
373	45915	EXTRACCION DE FECALOMA O CUERPO EXTRAÑO BAJO ANESTESIA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	242.00
374	46050	INCISION Y DRENAJE, ABSCESO PERIANAL, SUPERFICIAL	66.70
375	46080	ESFINTERECTOMIA ANAL, CON DIVISION DE ESFINTER ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	203.00
376	46083	INCISION DE HEMORROIDE TROMBOSADA EXTERNA	312.00
377	46200	FISURECTOMIA, INCLUYE ESFINTERECTOMIA, CUANDO SE REALICE	244.00



378	46210	CRIPTECTOMIA	203.00
379	46220	ESCISION DE PAPILA ANAL EXTERNA/ACROCORDON UNICO, ANO	244.00
380	46221	HEMORROIDECTOMIA, INTERNA, MEDIANTE BANDA DE CAUCHO	285.18
381	46270	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FISTULA ANAL ( FISTULECTOMIA/FISTULOTOMIA) SUBCUTANEA	326.00
382	46320	ESCISION DE HEMORROIDES TROMBOSADA, EXTERNA	230.00
383	46600	ANOSCOPIA DIAGNOSTICA, CON O SIN RECOLECCION DE ESPECIMENES MEDIANTE CEPILLADO O AVADO ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	161.00
384	46700	ANOPLASTIA, OPERACION PLASTICA POR ESTENOSIS; ADULTO	387.00
385	46744	REPARACION DE ANOMALIA CLOACAL MEDIANTE ANERECTOVAGINOPLASTIA U RETROPLASTIA, ABORDAJE SACROPERINEAL	1375.00
386	46750	ESFINTEROPLASTIA ANAL, POR INCONTINENCIA O PROLAPSO; ADULTO	601.00
387	46753	INJERTO ( OPERACION DE THIERSCH) POR INCONTINENCIA RECTAL Y/O PROLAPSO	526.00
388	46754	REMOCION DE ALAMBRE DE THIERSCH O SUTURA, CANAL ANAL	296.00
389	46900	DESTRUCCION DE LESION(ES), ANO(P. EJ. CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESICULA HERPETICA), SIMPLE; QUIMICA	230.00
390	46934	DESTRUCCION DE HEMORROIDES	244.00
391	46937	CRIOCIRUGIA CON NITROGENO LIQUIDO	36.00
392	47000	BIOPSIA HEPATICA CON AGUJA, PERCUTANEA	306.00
393	47010	HEPATOTOMIA, PARA DRENAJE A CIELO ABIERTO DE ABSCESO O QUISTE, EN UNO O DOS PASOS	634.00
394	47011	HEPATOTOMIA; PARA DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESO O QUISTE	519.00
395	47015	LAPAROTOMIA, CON ASPIRACION Y/O INYECCION DE QUISTE(S) O ABSCESO(S) PARASITICOS HEPATICOS (P. EJ. AMEBIANO O QUINOCOSICO)	627.00
396	47016	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE QUISTE NO PARASITARIOS HEPATICOS POR VIA LAPAROSCOPIA	622.00
397	47100	BIOPSIA HEPATICA, EN CUÑA	460.00
398	47120	HEPATECTOMIA, RESECCION DE HIGADO; LOBECTOMIA PARCIAL	1635.53
399	47300	MARSUPIALIZACION DE QUISTE O ABSCESO HEPATICO	690.00
400	47340	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TRAUMA HEPATICO GRADOS I-II	925.00
401	47345	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TRAUMA HEPATICO GRADOS III-IV	690.00
402	47362	MANEJO DE HEMORRAGIA HEPATICA; CON RE-EXPLORACION DE LESION HEPATICA PARA REMOCION DEL EMPAQUETAMIENTO DEL HIGADO	684.00
403	47400	HEPATICOTOMIA O HEPATICOSTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE O EXTIRPACION DE CALCULO	914.00



404	47420	COLEDOCOTOMIA O COLEDOCOSTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE O EXTIRPACION DE CALCULO, CON O SIN COLECISTOTOMIA; SIN ESFINTEROPLASTIA O ESFINTEROTOMIA TRANSDUODENAL	1027.00
405	47460	ESFINTEROTOMIA O ESFINTEROPLASTIA TRANSDUODENAL, CON O SIN EXTRACCION TRANSDUODENAL DEL CALCULO ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	751.00
406	47480	COLECISTOTOMIA O COLECISTOSTOMIA CON EXPLORACION, DRENAJE O EXTIRPACION DE CALCULO (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	690.00
407	47515	COLOCACION DE DRENAJE BILIAR TRANSPARENQUIMAL HEPATICO (PRADERI)	690.00
408	47562	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, COLECISTECTOMIA	846.05
409	47563	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, COLECISTECTOMIA CON COLANGIOGRAFIA	1000.00
410	47564	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE VIAS BILIARES	1036.23
411	47570	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, COLECISTOENTEROSTOMIA	1015.00
412	47600	COLECISTECTOMIA	791.96
413	47605	COLECISTECTOMIA CON COLANGIOGRAFIA	932.61
414	47610	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION DE CONDUCTO BILIAR COMUN (COLEDOCO)	919.00
415	47715	ESCISION DE QUISTE DEL COLEDOCO	1245.00
416	47720	COLECISTOENTEROSTOMIA; DIRECTA	1021.00
417	47760	ANASTOMOSIS DE CONDUCTOS BILIARES EXTRAHEPATICOS Y TRACTO GASTROINTESTINAL	1445.00
418	47765	ANASTOMOSIS DE CONDUCTOS BILIARES INTRAHEPATICOS Y TRACTO GASTROINTESTINAL	1575.00
419	47800	RECONSTRUCCION PLASTICA DE CONDUCTOS BILIARES EXTRAHEPATICOS CON ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL	1575.00
420	47801	COLOCACION DE STENT EN COLEDOCO	1027.00
421	48000	COLOCACION DE DRENES, PERI PANCREATICOS, POR PANCREATITIS AGUDA	578.00
422	48005	RESECCION O DEBRIDAMIENTO DE PANCREAS Y TEJIDO PERIPANCREATICO	684.00
423	48020	EXTIRPACION DE CALCULOS PANCREATICOS	1055.00
424	48100	BIOPSIA DE PANCREAS, ABIERTA (P. EJ. ASPIRACION CON AGUJA FINA, BIOPSIA CON AGUJA BIOPSIA EN CUÑA)	690.00
425	48102	BIOPSIA DE PANCREAS, AGUJA PERCUTANEA	43.00
426	48120	ESCISION DE LESION DE PANCREAS (P.EJ. QUISTE, ADENOMA)	1055.00
427	48140	PANCREATECTOMIA, DISTAL SUBTOTAL, CON O SIN ESPLENECTOMIA; SIN PACREATICOYUNOSTOMIA	1315.00
428	48148	ESCISION DE LA AMPOLLA VATER	1185.00
429	48150	PANCREATECTOMIA, PROXIMAL SUBTOTAL CON DUODENECTOMIA Y GASTRECTOMIA PARCIAL, COLEDOCOENTEROSTOMIA Y GASTROYEYUNOSTOMIA ( PROCEDIMIENTO TIPO WHIPPLE ); CON PACREATICOYUNOSTOMIA	2531.00
430	48155	PANCREATECTOMIA TOTAL	2843.00



431	48180	ANASTOMOSIS PANCREATICO DIGESTIVAS	1185.00
432	48500	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DE PANCREAS	802.00
433	48510	DRENAJE EXTERNO, PSEUDOQUISTE DE PANCREAS; A CIELO ABIERTO	512.00
434	48520	ANASTOMOSIS INTERNA DE P' SEUDOQUISTE DE PANCERAS A TRACTO GASTROINTESTINAL; DIRECTA	802.00
435	48545	PANCREATORRAFIA POR TRAUMA	634.00
436	48547	EXCLUSION DUODENAL CON GASTROYEYUNOSTOMIA POR TRAUMA PANCREATICO	1185.00
437	49001	LAPAROTOMIA EXPLORADORA, CELIOTOMIA EXPLOIRADORA CON O SIN BIOPSIA(S) ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	684.00
438	49005	LAPAROSTOMIA	619.00
439	49020	DRENAJE DE ABSCESO PERITONEAL O PERITONITIS LOCALIZADA, CON EXCEPCION DE ABSCESO APENDICULAR; ABIERTO	746.00
440	49021	DRENAJE DE ABSCESO PERITONEAL, SUBFRENICO O RETROPERITONEAL, PERCUTANEO	403.20
441	49062	DRENAJE DE LINFOCELE EXTRAPERITONEAL HACIA LA CAVIDAD PERITONEAL, A CIELO ABIERTO	675.00
442	49082	PARACENTESIS	56.25
443	49180	BIOPSIA DE MASA ABDOMINAL O RETROPERITONEAL, AGUJA PERCUTANEA	17.28
444	49203	ESCISION O DESTRUCCION, ABIERTA DE TUMORES INTRA-ABDOMINALES, QUISTES O ENDOMETRIOMAS, 1 O MAS PERITONEAL, MESENTERICO O RETROPERITONEAL PRIMARIA O TUMORES SECUNDARIOS; TUMOR MAS GRANDE DE 5.0 CM DE DIAMETRO O MENOS	746.00
445	49215	ESCISION DE TUMOR PRESACRO O SACROCOCCIGEO	611.00
446	49220	CELIOTOMIA (LAPAROTOMIA) PARA CLASIFICACION DEL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD DE HODKIN O DE LINFOMA ( INCLUYE ESPLENECTOMIA, BIOPSIA CON AGUJA O ABIERTA DE AMBOS LODULOS HEPATICOS, POSIBLEMENTE TAMBIEN EL RETIRO DE GANGLIOS ABDOMINALES, BIOPSIA DE GANGLIO ABDOMINAL Y/O MEDULA OSEA, REPOSICIONAMIENTO DE OVARIO)	539.00
447	49250	UMBILECTOMIA, ONFALECTOMIA, ESCISION DE OMBLIGO ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	419.00
448	49255	OMENECTOMIA, EPIPLOECTOMIA, RESECCION DE EPIPLON ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	469.00
449	44951	APENDICECTOMIA CON DRENAJE	563.00
450	44901	DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESO APENDICULAR	154.75
451	44962	APENDICECTOMIA CON LAVADO DE CAVIDAD C/S DRENAJE	619.00
452	44970	APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA	700.00
453	44952	DRENAJE DE ABSCESO APENDICULAR SIN APENDICECTOMIA	563.00
454	49000	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	684.00
455	49320	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	478.67
456	16000	CURACION DE QUEMADO	18.00
457	12001	CURACION Y SUTURA DE HERIDA PEQUEÑA <5CM	18.75





458	12002	CURACIÓN Y SUTURA DE HERIDA MEDIANA 5-10 CM	22.50
459	12005	CURACIÓN Y SUTURA DE HERIDA GRANDE >10CM	25.00
460	10121	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN SALA DE OPERACIONES	160.00
461	60100	BIOPSIA DE TIROIDES	15.00
462	10060	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESOS	32.68
463	99193	INFILTRACIÓN ARTICULAR	21.60
464	99193.02	INFILTRACIÓN CORTICOIDE	30.00
465	99193.01	INFILTRACIÓN PERIARTICULAR	24.00
466	50600	URETEROTOMIA CON EXPLORACION O DRENAJE ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	472.00
467	50610	URETEROLITOTOMIA; TERCIO SUPERIOR DEL URETER	563.00
468	50660	URETERECTOMIA TOTAL, URETER ECTOPICO.	316.80
469	50700	URETEROPLASTIA, OPERACIÓN PLASTICA EN URETER (P. EJ. POR ESTRECHEZ)	671.00
470	50715	URETEROLISIS, CON O SIN REPOSICIONAMIENTO DEL URETER DEBIDO A FIBROSIS RETROPERITONEAL	244.80
471	50727	REVISIÓN DE ANASTOMOSIS URINARIA-CUTANEA (CUALQUIER TIPO DE UROSTOMIA)	498.00
472	50740	URETEROPIELOSTOMIA, ANASTOMOSIS DE URETER Y PELVIS RENAL	619.00
473	50760	URETERO-URETEROSTOMIA	288.00
474	50780	URETERONEOCISTOMIA; ANASTOMOSIS DE UN SOLO URETER A LA VEJIGA	844.00
475	50800	URETEROENTEROSTOMIA, ANASTOMOSIS DIRECTA DEL URETER AL INTESTINO	1089.18
476	50810	URETEROSIGMOIDOSTOMIA, CON CREACION DE VEJIGA SIGMOIDEA Y ESTABLECIMIENTO DE COLOSTOMIA ABDOMINAL O PERINEAL, INCLUYENDO ANASTOMOSIS INTESTINAL	1115.00
477	50830	DESMONTADO DE DESVIACION URINARIA ( P. EJ. RETIRO DE CONDUCTO URETEROILEAL)	732.00
478	50840	REEMPLAZO DE LA TOTALIDAD O PARTE DEL URETER CON SEGMENTO DEL INTESTINO, INCLUYENDO ANASTOMOSIS DE INTESTINO	1245.00
479	50845	APENDICICO - VESICOSTOMIA CUTANEA	978.00
480	50900	URETERORRAFIA, SUTURA DE URETER ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	619.00
481	50920	CIERRE DE FISTULA URETEROCUTANEA	288.00
482	50930	CIERRE DE FISTULA URETEROVISCERAL ( INCLUYENDO REPARACION VISCERAL )	273.00
483	50940	LIGADURA DE URETER	442.00
484	50951	ENDESCOPIA URETERAL A TRAVES DE URETEROSTOMIA YA ESTABLECIDA, CON O SIN IRRIGACION, INSTALACION O URETEROPIELOGRAFIA, EXCLUYENDO SERVICIO RADIOLOGICO	130.00
485	51020	CISTOTOMIA O CISTOSTOMIA / TALLA VESICAL	244.80
486	51050	CISTOLITOTOMIA, CISTOTOMIA CON RETIRO DE CALCULO, SIN RESECCION DE CUELLO VESICAL	302.40



487	51080	DRENAJE DE ABSCESO DE ESPACIO PERIVESICAL O PREVESICAL	216.00
488	51100	ASPIRACION DE VEJIGA MEDIANTE AGUJA /PUNCIÓN VESICAL SUPRAPÚBICA	26.23
489	51500	ESCISION DE QUISTE DEL URACO O DE SENO URACAL, CON O SIN CORRECCION DE HERNIA UMBILICAL	409.00
490	51550	CISTECTOMIA PARCIAL SIMPLE	547.20
491	51570	CISTECTOMIA COMPLETA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	555.00
492	51575	CISTECTOMIA COMPLETA CON LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL, INCLUYENDO NODULOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGASTRICOS Y OBTURADORES	796.00
493	51580	CISTECTOMIA COMPLETA, CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA O TRANSPLANTES URETEROCUTANEOS	844.00
494	51585	CISTECTOMIA COMPLETA CON URETEROSIGMOIDOSTOMIA O TRANSPLANTES URETEROCUTANEOS Y LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL, INCLUYENDO NODULOS ILIACOS EXTERNOS, HIPOGASTRICOS Y OBTURADORES	900.43
495	51700	IRRIGACION DE LA VEJIGA, SIMPLE, LAVADO Y/O INSTILACION	64.80
496	51702	COLOCACION O CAMBIO DE SONDA VESICAL	17.28
497	51725	CISTOMETROGRAMA (CMG) SIMPLE ( P. EJ. MANOMETRO ESPINAL)	47.00
498	51736	UROFLUJOMETRIA (UFM) SIMPLE ( P. EJ. VELOCIDAD DE DETENCION DE FLUJO, UROFLUJOMETRIA MECANICA)	31.14
499	51800	CISTOPLASTIA O CISTOURETROPLASTIA, OPERACIÓN PLASTICA DE LA VEJIGA Y/O CUELLO VESICAL (Y-PLASTIA ANTERIOR, RESECCION DE FONDO VESICAL), CUALQUIER PROCEDIMIENTO, CON O SIN RESECCION EN CUÑA DEL CUELLO VESICAL POSTERIOR	555.00
500	51840	VESICOURETROPEXIA ANTERIOR O URETROPEXIA SIMPLE ( PROCEDIMIENTOS DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ, BURCH)	528.00
501	51845	SUSPENSION DEL CUELLO VESICAL ABDOMINO VAGINAL, CON O SIN CONTROL ENDOSCOPICO (P. EJ. STAMEY, RAZ, PEREYRA MODIFICADO)	555.00
502	51860	CISTORRAFIA, SUTURA DE HERIDA, LESION O RUPTURA DE VEJIGA; SIMPLE	158.40
503	51880	CIERRE DE CISTOSTOMIA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	377.00
504	51900	CIERRE DE FISTULA VESICOVAGINAL, ABORDAJE ABDOMINAL	498.00
505	51940	CIERRE DE EXTROFIA DE VEJIGA	763.00
506	51960	ENTEROCISTOPLASTIA, INCLUYENDO ANASTOMOSIS DE INTESTINO	432.00
507	51980	VESICOSTOMIA CUTANEA	278.00
508	52000	CISTOURETROSCOPIA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	115.20
509	52601	RESECCION ELECTROQUIRURGICA TRANSURETRAL COMPLETA DE LA PROSTATA, INCLUYENDO CONTROL DEL SANGRADO POSTOPERATORIO, COMPLETO( INCLUYE VASECTOMIA, MEATOTOMIA, CISTOURETROSCOPIA, CALIBRACION Y/O DILATACION URETRAL Y URETROTOMIA INTERNA)	458.02



510	52700	DRENAJE TRANSURETRAL DE ABSCESO PROSTATICO	334.00
511	53000	URETROTOMIA O URETROSTOMIA EXTERNA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO ); URETRA PENDULA	216.00
512	53020	MEATOTOMIA, CORTE DE MEATO ( PROCEDIMIENTO SEPARADO ); EXCEPTO LACTANTES	64.80
513	53040	DRENAJE DE ABSCESO PERIURETRAL PROFUNDO	301.00
514	53200	BIOPSIA DE URETRA	181.00
515	53210	URETRECTOMIA TOTAL, INCLUYENDO CISTOTOMIA EN MUJER	318.00
516	53230	ESCISION DE DIVERTICULO DE URETRA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO ); MUJER	377.00
517	53240	MARSUPIALIZACION DE DIVERTICULO URETRAL, HOMBRE O MUJER	377.00
518	53260	ESCISION O FULGURACION; POLIPO(S) URETRAL(ES), URETRA DISTAL	25.92
519	53400	URETROPLASTIA; PRIMERA ETAPA, POR FISTULA, DIVERTICULUM O ESTENOSIS ( EJ. TIPO JOHANNSEN)	460.00
520	53440	OPERACION DE CERCLAJE PARA CORRECCION DE INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA (P. EJ. FASCIA O SENTETICA)	555.00
521	53450	URETROMEATOPLASTIA CON AVANCE DE LA MUCOSA	422.50
522	53502	URETRORRAFIA, SUTURA DE HERIDA O LESION URETRAL; MUJERES	278.00
523	53505	URETRORRAFIA, SUTURA DE HERIDA O LESION URETRAL; HOMBRES	318.00
524	53520	CIERRE DE URETROSTOMIA O DE FISTULA URETROCUTANEA EN HOMBRES ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	555.00
525	53600	PROCEDIMIENTO INICIAL PARA LA DILATACION DE ESTRECHEZ URETRAL MEDIANTE SONDA O DILATADOR URETRAL EN HOMBRES	64.80
526	53600.01	DILATACIONES URETRALES	72.00
527	54050	DESTRUCCION DE LESION(ES), PENE (P. EJ. CONDILOMA, PAPILOMA, MOLUSCO CONTAGIOSO, VESICULA HERPETICA), SIMPLE; QUIMICA	25.92
528	54100	BIOPSIA DE PENE ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	29.00
529	54110	ESCISION DE PLACA FIBROSA DE PENE ( ENFERMEDAD DE PEYRONIE )	169.00
530	54120	AMPUTACION PARCIAL DE PENE	288.00
531	54125	AMPUTACION COMPLETA DE PENE	288.00
532	54130	AMPUTACION RADICAL DE PENE CON LINFADENECTOMIA INGUINFEMORAL BILATERAL	606.00
533	54150	CIRCUNCISION, USANDO CLAMP U OTRO DISPOSITIVO CON BLOQUEO REGIONAL DORSAL DEL PENE O ANILLO	273.00
534	54152	CIRCUNCISION EN PERSONA QUE NO SEA RECIEN NACIDA	108.27
535	54300	OPERACION PLASTICA DEL PENE PARA ENDEREZAMIENTO DE ENCORDAMIENTO (P. EJ. HIPOSPADIAS), CON O SIN MOVILIZACION DE LA URETRA	288.00
536	54420	CORTO CIRCUITO DE CUERPOS CAVERNOSOS CON VENA SAFENA ( OPERACION PARA PRIAPISMO ), UNI O BILATERAL	316.80



537	54450	MANIPULACION DE PREPUCIO INCLUYENDO LISIS DE ADHERENCIAS PREPUCIALES Y ESTIRAMIENTO	278.00
538	54500	BIOPSIA DE TESTICULOS, CON AGUJA ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	31.00
539	54505	BIOPSIA DE TESTICULOS, INCISIONAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	53.00
540	54512	ESCISION DE LESION EXTRAPARENQUIMAL DE TESTICULOS	80.00
541	54520	ORQUIECTOMIA SIMPLE ( INCLUYENDO SUBCAPSULAR ), CON O SIN PROTESIS TESTICULAR, ABORDAJE ESCROTAL O INGUINAL	216.00
542	54525	ORQUIECTOMIA BILATERAL	344.00
543	54530	ORQUIECTOMIA RADICAL, POR TUMOR; ABORDAJE INGUINAL	528.00
544	54550	EXPLORACION DE TESTICULOS NO DESCENDIDOS ( REGION INGUINAL O ESCROTAL )	429.00
545	54600	REDUCCION DE TORSION DE TESTICULOS NO DESCENDIDOS ( REGION INGUINAL O ESCROTAL )	331.20
546	54670	SUTURA O CORRECCION DE LESION TESTICULAR	125.00
547	54690	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA; ORQUIECTOMIA	403.00
548	54700	INCISION Y DRENAJE DEL EPIDIDIMO, TESTICULOS Y/O ESPACIO ESCROTAL ( P. EJ. ABSCESO O HEMATOMA )	41.56
549	54800	BIOPSIA DE EPIDIDIMO, AGUJA	31.00
550	54830	ESCISION DE LESION LOCAL DE EPIDIDIMO	243.66
551	54860	EPIDIDIMECTOMIA; UNILATERAL	233.74
552	54861	EPIDIDIMECTOMIA BILATERAL	316.80
553	54865	EXPLORACION DE EPIDIDIMO CON O SIN BIOPSIA	296.00
554	54900	EPIDIDIMOVASOSTOMIA, ANASTOMOSIS DEL EPIDIDIMO A VASOS DEFERENTES; UNILATERAL	606.00
555	55000	PUNCION ASPIRATIVA DE HIDROCELE, TUNICA VAGINAL DEL TESTICULO, CON O SIN INYECCION DE MEDICAMENTOS	31.00
556	55040	ESCISION DE HIDROCELE, UNILATERAL	267.00
557	55060	REPARACION DE HIDROCELE DE TUNICA VAGINAL ( TIPO BOTTLE )	187.20
558	55100	DRENAJE DE ABSCESO DE LA PARED ESCROTAL	94.00
559	55120	EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO DEL ESCROTO	84.00
560	55150	RESECCION DE ESCROTO	410.00
561	55175	ESCROTOPLASTIA SIMPLE	316.80
562	55250	VASECTOMIA, UNILATERAL O BILATERAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO ), INCLUYENDO EXAMEN(ES) POSTOPERATORIO(S)	216.00
563	55400	VASOVASOSTOMIA, VASOVASORRAFIA	667.00
564	55450	LIGADURA ( PERCUTANEA ) DE VASOS DEFERENTES, UNILATERAL O BILATERAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	267.00
565	55500	ESCISION DE HIDROCELE DE CORDON ESPERMATICO, UNILATERAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	216.00
566	55530	ESCISION DE VARICOCELE O LIGADURA DE VENAS ESPERMATICAS DEBIDO A VARICOCELE ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	216.00



567	55550	LIGADURA DE VENAS ESPERMATICAS DEBIDO A VARICOCELE MEDIANTE LAPAROSCOPIA	316.00
568	55600	VESICULOTOMIA ESPERMÁTICA SIMPLE	404.00
569	55650	VESICULOTOMIA ESPERMÁTICA CUALQUIER ABORDAJE	463.00
570	55700	BIOPSIA DE PROSTATA, CON AGUJA O EN SACABOCADO; UNA SOLA O VARIAS, CUALQUIER ABORDAJE	31.00
571	55720	PROSTATOTOMIA, DRENAJE EXTERNO DE ABSCESO PROSTATICO, POR CUALQUIER APROXIMACION; SIMPLE	278.00
572	55801	PROSTATECTOMIA, PERINEAL, SUBTOTAL ( INCLUYENDO CONTROL DE SANGRADO POSTOPERATORIO, VASECTOMIA, CALIBRACION URETRAL Y/O DILATACION Y URETROTOMIA INTERNA )	735.00
573	55821	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA SUBTOTAL, UN O O DOS ESTADIOS ( INCLUYENDO CONTROL DE SANGRADO POSTOPERATORIO, VASECTOMIA, CALIBRACION URETRAL Y/O DILATACION Y URETROTOMIA INTERNA )	463.00
574	55831	PROSTATECTOMIA ( INCLUYENDO CONTROL DE SANGRADO POSTOPERATORIO, VASECTOMIA, MEATOTOMIA, CALIBRACION URETRAL Y/O DILATACION Y URETROTOMIA INTERNA); RETROPUBICA, SUBTOTAL	647.00
575	55840	PROSTATECTOMIA RETROPUBICA, RADICAL, CON O SIN CONSERVACION DE NERVIOS	796.00
576	55859	COLOCACION TRANPERINEAL DE AGUJAS O CATETERES EN LA PROSTATA PARA LA APLICACIÓN DE RADIOELEMENTOS INTERSTICIALES, CON O SIN CISTOSCOPIA	416.00
577	56354	MIOMECTOMIA HISTEROSCOPIA	722.84
578	56405	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO VULVAR O PERINEAL	35.00
579	56440	MARSUPIALIZACION DE QUISTE DE GLANDULA DE BARTOLINO	93.12
580	56501	DESTRUCCION DE LESION(ES) DE VULVA, SIMPLE (P. EJ. LASER, CIRUGIA, ELECTROCIRUGIA, CRIOCIRUGIA, QUIMIOCIRUGIA)	40.48
581	56605	BIOPSIA DE VULVA O PERINEO ( PROCEDIMIENTO SEPARADO ); UNA LESION	25.00
582	56620	VULVECTOMIA SIMPLE PARCIAL	437.00
583	56630	VULVECTOMIA RADICAL PARCIAL	1023.00
584	56700	HIMENECTOMIA PARCIAL O REVISION DEL ANILLO HIMENEAL	186.00
585	56740	ESCISION DE QUISTE O GLANDULA DE BARTOLIN	317.00
586	56800	CORRECCION PLASTICA DEL INTROIITO	293.00
587	57000	COLPOTOMIA; CON EXPLORACION	420.00
588	57020	COLPOCENTESIS ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	179.00
589	57100	BIOPSIA DE MUCOSA VAGINAL, SIMPLE ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	31.00
590	57106	VAGINECTOMIA EXTIRPACION PARCIAL DE LA PARED VAGINAL	912.37
591	57110	VAGINECTOMIA, EXTIRPACION COMPLETA DE LA PARED VAGINAL	1455.61
592	57120	COLPOCLISIS ( TIPO LE FORT)	675.00
593	57130	EXCCISION DE TABIQUE VAGINAL	390.00



594	57210	COLPOPERINEORRAFIA, SUTURA DE DESGARRO VAGINAL Y/O PERINEO (NO OBSTÉTRICA)	363.13
595	57230	CORRECCION PLASTICA DE URETROCELE	533.00
596	57240	COLPORRAFIA ANTERIOR, CORRECCION DE CISTOCELE CON O SIN CORRECCION DE URETROCELE	370.69
597	57250	COLPORRAFIA POSTERIOR, CORRECCION DE RECTOCELE CON O SIN PERINEORRAFIA	397.50
598	57260	COLPORRAFIA ANTEROPOSTERIOR COMBINADA	513.63
599	57268	CORRECCION DE ENTEROCELE, ABORDAJE VAGINAL ( PROCEDIMIENTO SEPARADO )	411.88
600	57284	CORRECCION DE DEFECTO PARAVAGINAL ( INCLUYE REPARACION DE CISTOCELE, SI SE REALIZA); ABORDAJE ABDOMINAL ABIERTO	344.00
601	57291	CONSTRUCCION DE UNA VAGINA ARTIFICIAL; SIN INJERTO	920.00
602	57300	CIERRE DE FISTULA RECTOVAGINAL; ABORDAJE VAGINAL O TRANSANAL	606.00
603	57400	DILATACION DE VAGINA BAJO ANESTESIA ( QUE NO SEA LOCAL)	181.00
604	57410	EXAMEN PELVICA BAJO ANESTESIA ( QUE NO SEA LOCAL )	231.00
605	57420	COLPOSCOPIA	37.50
606	57500	BIOPSIA DEL CUELLO UTERINO	62.50
607	57505	LEGRADO ENDOUTERINO DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICO	229.09
608	57510	CAUTERIZACION ELECTRICA O TERMICA DEL CERVIX	77.27
609	57522	CONO LEEP	65.25
610	57530	TRAQUELECTOMIA (CERVICECTOMIA) AMPUTACION DEL CERVIX (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	475.23
611	57531	TRAQUELECTOMIA RADICAL, CON LINFADENECTOMIA PELVICA TOTAL BILATERAL Y MUESTREO GANGLIONAR LINFATICO PARAORTICO (BIOPSIA), CON O SIN REMOICION DE TROMPA(S) CON O SIN REMOCION DE OVARIO(S)	573.00
612	57540	ESCISION DE MUÑON CERVICAL, ABORDAJE ABDOMINAL	555.00
613	57700	CERCLAJE DE CERVIX UTERINO, NO OBSTETRICO	259.20
614	57720	TRAQUELORRAFIA, CORRECCION PLASTICA DE CERVIX UTERINO, ABORDAJE VAGINAL	187.20
615	58100	BIOPSIA DE ENDOMETRIO	62.50
616	58101	HISTEROMETRIA	30.00
617	58140	MIOMECTOMIA : ABORDAJE ABDOMINAL	432.00
618	58145	MIOMECTOMIA: ABORDAJE VAGINAL	463.00
619	58150	HISTERECTOMIA TOTAL O SUBTOTAL (CUERPO Y CUELLO), CON O SIN EXTIRPACION DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACION DE OVARIO(S)	1194.92
620	58180	HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUPRACERVICAL O SUBTOTAL, CON O SIN EXTIRPACION DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACIÓN DE OVARIO(S)	930.00
621	58200	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL, INCLUYENDO VAGINECTOMIA PARCIAL, Y MUESTREO DE GANGLIOS LINFATICOS PAAORTICOS Y PELVICOS, CON O SIN	1311.49



		EXTIRPACION DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACION DE OVARIO(S)	
622	58210	HISTERECTOMIA ABDOMINAL RADICAL, CON LINFADENECTOMIA PELVICA TOTAL BILATERAL Y MUESTREO DE GANGLIOS PARAAORETICOS (BIOPSIA), CON O SIN EXTIRPACION DE TROMPA(S) , CON O SIN EXTIRPACION DE OVARIOS(S)	1601.07
623	58240	EXENTERACION PELVICA POR MALIGNIDAD GINECOLOGIA, CON HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL O CERVICECTOMIA, CON O SIN EXTIRPACION DE TROMPA(S), CON O SIN EXTIRPACION DE OVARIO(S), CON EXTIRPACION DE VEJIGA Y TRANSPLANTE DE URETER, Y/O RESECCION ABDOMINO PERITONEAL DE RECTO Y COLON, Y COLOSTOMIA O CUALQUIER COMBINACION DE ESTOS	1701.00
624	58260	HISTERECTOMIA VAGINAL ASISTIDA LAPAROSCÓPICA	1051.40
625	58275	HISTERECTOMIA VAGINAL, CON COLPECTOMIA TOTAL O PARCIAL	892.00
626	58285	HISTERECTOMIA VAGINAL, RADICAL (OPERACIÓN DE SCHAUTA)	1134.00
627	58300	INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	16.94
628	58301	REMOCION DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	172.80
629	58400	SUSPENSION UTERINA, CON O SIN ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS REDONDOS, CON O SIN ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS SACROUTERINOS ( PROCEDIMIENTO SEPARADO)	512.00
630	58540	HISTEROPLASTIA, CORRECCION DE ANOMALIA UTERINA (TIPO STRASSMAN)	797.00
631	58545	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA; MIOMECTOMIA DE 1 A 4 MIOMAS INTRAMURALES CON UN PESO TOTAL DE 250 GRAMOS O MEOS Y/O MIOMAS SUBSEROSOS	576.00
632	58555	HISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	144.00
633	58558	HISTEROSCOPIA QUIRURGICA, MUESTREO(BIOPSIA) DE ENDOMETRIO Y/O POLIPECTOMIA, CON O SIN DILATACION Y CURETAJE	122.40
634	58600	LIGADURA O SECCION DE TROMPA(S) DE FALOPIO, ABORDAJE ADBOMINAL O VAGINAL, UNILATERAL O BILATERAL	172.80
635	58615	OCLUSION DE TROMPAS DE FALOPIO MEDIANTE DISPOSITIVO (P EJ. BANDA, GRAPA, ANILO FALOPIANO) ABORDAJE VAGINAL O SUPRAPUBICO	285.00
636	58660	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, LISIS DE ADHERENCIAS (SALPINGOLISIS, OVARIOLISIS)	488.00
637	58661	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, CON REMOCION DE ESTRUCTURAS ANEXIALES (OOFERECTOMIA Y/O SALPINGECTOMIA, COMPLETA O PARCIAL)	488.00
638	58671	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, CON OCLUSION DE TROMPAS DE FALOPIO MEDIANTE DISPOSITIVO (P EJ. BANDA, GRAPA, ANILLO FALOPIANO)	488.00
639	58672	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, FIMBRIOPLASTIA	488.00
640	58673	LAPAROSCOPIA QUIRURGICA, SALPINGOSTOMIA (SALPINGONEOSTOMIA)	488.00



641	58700	SALPINGECTOMIA, COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	475.23
642	58720	SALPINGO-OOFORECTOMIA, COMPLETA O PARCIAL, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	469.00
643	58740	LISIS DE ADHERENCIA (SALPINGOLOSIS, OVARIOSIS)	404.00
644	58750	ANASTOMOSIS TUBOTUBARIA	766.00
645	58760	FIMBRIOPLASTIA	647.00
646	58770	SALPINGOSTOMIA (SALPINGONOESTOMIA)	518.00
647	58800	DRENAJE DE QUISTE(S) DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO); ABORDAJE VAGINAL	485.24
648	58900	BIOPSIA DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	481.40
649	58925	CISTECTOMIA OVARICA, UNILATERAL O BILATERAL OOFORECTOMIA, PARCIAL O TOTAL, UNILATERAL O BILATERAL	528.00
650	58940	PUNCIÓN FOLICULAR PARA OBTENCION DE OVULO, POR CUALQUIER METODO	718.25
651	58970	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	44.00
652	59000	CORDOCENTESIS (INTRAUTERINA), CUALQUIER METODO	42.00
653	59012	TEST ESTRESANTE FETAL POR CONTRACCION	32.00
654	59020	TEST NO ESTRESANTE FETAL (NST)	33.50
655	59025	AMNIOINFUSION TRANSABDOMINAL, INCLUYENDO GUIA ULTRASONOGRAFICA	33.50
656	59070	HISTEROTOMIA, ABDOMINAL (P EJ. MOLA HIDATIFORME, OBITO)	32.00
657	59100	TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO, TUBARICO U OVARICO, QUE REQUIERE SALPINGECTOMIA Y/U OOFORECTOMIA A TRAVES DE ABORDAJE ABDOMINAL O VAGINAL	528.00
658	59120	TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO; TUBARICO U OVARIO, SIN SALPINGECTOMIA Y/U OOFORECTOMIA	568.00
659	59121	TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO; SIN SALPINGUECTOMIA Y/O OOFORECTOMIA	288.00
660	59150	TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE EMBARAZO ECTOPICO; SIN SALPINGUECTOMIA Y/O OOFORECTOMIA	1017.00
661	59151	TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE EMBARAZO ECTOPICO; CON SALPINGUECTOMIA Y/O OOFORECTOMIA	380.00
662	59160	LEGRADO POSTPARTO	206.25
663	59200	INSERCIÓN DE DILATADOR CERVICAL (P EJM. LAMINARIA, POSTANGLANDINA) (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	74.00
664	59300	EPISORRAFIA O SUTURA VAGINAL, POR OTRO MEDICO QUE NO ES EL ENCARGADO DEL PARTO	41.89
665	59350	HISTEROFIA DE UTERO ROTO	360.00
666	59400	ATENCIÓN OBTETRICA DE RUTINA INCLUYENDO ATENCION DEL TRABAJO DE PARTO, PARTO VAGINAL ( CON O SIN EPISIOTOMIA Y/O FORCEPS) Y ATENCION POSTPARTO (ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO)	162.39
667	59409	ATENCIÓN DE PARTO VAGINAL NORMAL SOLAMENTE (CON O SIN EPISIOTOMIA)	88.72





668	59414	EXTRACCION MANUAL DE PLACENTA (PROCEDIMIENTO SEPARADO)	64.17
669	59514	CESAREA SOLAMENTE	403.20
670	59525	CESAREA MAS HISTERECTOMIA SUBTOTAL O TOTAL	1132.50
671	59813	ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)	52.50
672	59872	EVACUACION UTERINA DE OBITO FETAL + LEGRADO UTERINO	120.00
673	59899	REVISIÓN UTERINA MANUAL O MASAJE UTERINO BIMANUAL	63.10
674	49540	CURA QUIRÚRGICA DE HERNIA LUMBAR	404.00
675	58920	RESECCIÓN EN CUÑA BISECCIÓN DE OVARIO, UNILATERAL O BILATERAL	475.23
676	49446.01	COLOCACIÓN PERCUTÁNEA DE TUBO DE GASTROSTOMÍA	512.00
677	46299	LIGADURA HEMORROIDE INTERNAS c/ una	30.00
678	91154	HEMOSTASIA ENDOSCÓPICA ALTA CON INYECTOTERAPIA C/S VIDEO	160.00
679	65205	EXTIRPACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO (NIVEL CONJUNTIVAL, SUBCONJUNTIVAL, ESCLERAL O CORNEAL)	29.00
680	65270	CORRECIÓN DE LACERACIÓN DE CONJUNTIVA	50.00
681	65770	SUTURA DE HERNIA CORNEAL	65.00
682	67901	CORRECIÓN DE BLEFAROPTOSIS	169.02
683	92015	EXAMEN DE LOS OJOS Y DE LA VISIÓN	13.28
684	92250	FONDO DE OJO	10.00
685	67800	CHALAZION Y ORZUELO	55.93
686	92020	GONIOSCOPIA	25.11
687	9779	PROCEDIMIENTO LÁSER	12.00
688	13302	RETIRO DE PUNTOS -OFTALMOLOGÍA	21.60
689	67971	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO (ESPESOR TOTAL)	192.00
690	67972	RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO (ESPESOR PARCIAL)	12.30
691	92016	REFRACCIÓN	13.28
692	92025	TOPOGRAFIA CORNEAL	59.06
693	92081	CAMPIMETRIA = CAMPO VISUAL	38.04
694	64400	BLOQUEO NERVIOS CRANEALES	51.85
695	64413	BLOQUEO DEL PLEXO CERVICAL	115.20
696	64415	BLOQUEO PLEXO BRAQUIAL CON INFUSIÓNCONTINUA CATÉTER	49.50
697	64417	BLOQUEO NERVIO AXILAR	72.00
698	64418	BLOQUEO NERVIO SUPRA ESCAPULAR	72.00
699	64445	BLOQUEO NERVIO CIÁTICO	72.00
700	64447	BLOQUEO NERVIO FEMORAL	72.00
701	64449	BLOQUEO PLEXO LUMBAR	269.28
702	64450	BLOQUEO NERVIO PERIFÉRICO	72.00
703	64505	BLOQUEO GANGLIO	51.85
704	64510	BLOQUEO GANGLIO ESTRELLADO	115.20



705	81005	EXAMEN COMPLETO DE ORINA	15.77
706	81015	SEDIMENTO URINARIO	9.69
707	85651	VSG	4.87
708	86141	PCR CUANTITATIVO	20.00
709	80051	ELECTROLITOS SÉRICOS (CLORO, POTASIO, SODIO)	8.47
710	82310	CALCIO SÉRICO	6.54
711	82803	GASES EN SANGRE (AGA: SÓLO PH)	5.67
712	84702	BhcG CUANTITATIVA	30.00
713	84704	PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE	25.00
714	81025	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA	10.00
715	82043	MICROALBUMINURA	18.50
716	84075	FOSFATASA ALCALINA	6.76
717	87220	KOH EN HONGOS	19.41
718	85008	FROTIS SANGUÍNEO (LÁMINA PERIFÉRICA)	8.75
719	85027	HEMOGRAMA COMPLETO (Hto-Hb-Rto-For)	15.00
720	85018	HEMOGLOBINA	8.03
721	85014	HEMATOCRITO	6.00
722	85031	CONSTANTES CORPUSCULARES	10.16
723	85032	RECUENTO DE RETICULOCITOS O PLAQUETAS	9.14
724	86900.01	GRUPO SANGUÍNEO	5.42
725	86900.02	FACTOR Rh	5.42
726	82947	GLUCOSA EN SANGRE	8.00
727	82948	GLUCOSA TIRA REACTIVA	6.13
728	84153	ANTÍGENO PROSTÁTICO TOTAL (PSA)	30.00
729	82977	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGTP)	9.91
730	84450	TGO	8.00
731	84460	TGP	8.00
732	82150	AMILASA	14.00
733	82378	ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	10.90
734	84165	PERFIL PROTÉICO	15.00
735	82465	COLESTEROL TOTAL	8.00
736	84478	TRIGLICÉRIDOS	9.91
737	83718	COLESTEROL HDL	8.90
738	83721	COLESTEROL LDL	18.44
739	80063	PERFIL DE COAGULACIÓN (TC/TS/PALQ/TP/TTP)	25.00
740	85002	TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA	10.08
741	85610	TIEMPO DE PROTROMBINA	12.00
742	85730	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA	12.00
743	85170	RETRACCIÓN DE COÁGULO	8.64
744	85384	FIBRINÓGENO	12.00



745	84550	ÁCIDO ÚRICO	8.00
746	82565	CREATININA	10.56
747	84520	UREA	8.00
748	82575	DEPURACIÓN DE CREATININA	17.00
749	84156	PROTEINURIA 24 Hrs	10.80
750	83615	DESHIDROGENASA LÁCTICA (DHL)	8.00
751	84480	T3 TOTAL	17.57
752	84481	T3 LIBRE	26.27
753	84510	T4 TOTAL	17.10
754	84439	T4 LIBRE	30.00
755	86008	AGLUTINACIONES	12.00
756	86060	ANTIESTREPTOLISINA "O" ASO	17.46
757	86431	FACTOR REUMATOIDEO (LÁTEX)	10.00
758	86430	FACTOR REUMATOIDEO CUANTITATIVO	10.00
759	86592	RPR/VDRL SÍFILIS	8.42
760	86703	ELISA-VIH O PRUEBA RÁPIDA	25.00
761	84512	TROPONINA CUALITATIVA	10.90
762	89055	EXAMEN DE HECES (REACCIÓN INFLAMATORIA)	14.40
763	82705	GRASAS O LÍPIDOS FECALES	10.00
764	87476	ACIDO SULFOSALICILICO EN ORINA (PROTEINURA CUALITATIVA)	6.00
765	87087	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	20.14
766	87045	COPROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	20.77
767	80013	CULTIVO SECRECIÓN ÓTICA	13.68
768	80021	CULTIVO SECRECIÓN URETRAL	9.17
769	80025	CULTIVO DE ESPUTO	20.00
770	87070	CULTIVO DE SECRECIONES CORPORALES (NO SANGRE, ORINA O HECES)	26.73
771	87073.01	CULTIVO DE SEMEN	17.00
772	80002	CULTIVO DE SECRECIÓN DE HERIDAS	20.00
773	80003	CULTIVO DE SECRECIÓN FARINGEA	20.00
774	87169	PARASITOLÓGICO SERIADO 1,2,3 POR CADA UNO	6.00
775	87211	PARASITOLÓGICO SIMPLE (SEDIMENTACIÓN EN COPA)	11.20
776	87172	TEST DE GRAHAM	6.00
777	87102	CULTIVO PARA HONGOS A PARTIR DE FUENTES QUE NO SEA PIEL, CABELLO, UÑAS O SANGRE.	15.00
778	87077	CULTIVO PARA AEROBIOS POR MÉTODOS ESPECIALES PARA SU IDENTIFICACIÓN DEFINITIVA	15.00
779	87074	CULTIVO PARA ANAEROBIOS, CUALQUIER FUENTE, EXCEPTO ORINA, SANGRE O HECES	15.00
780	87101	CULTIVO DE HONGOS	20.00
781	87205	COLORACIÓN GRAM	10.00



782	80077	ESTUDIO HISTOQUÍMICO LÍQUIDO PLEURAL	31.25
783	86070	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD O CRUZADA - BANCO DE SANGRE	16.90
784	86880	TEST DE COOMBS DIRECTO	12.00
785	86885	TEST DE COOMBS INDIRECTO	12.00
786	88141	ESTUDIO CITOLOGICO PAPANICOLAU	12.50
787	88301.01	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO PIEZA OPERATORIA GRANDE	120.00
788	88301.02	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO PIEZA OPERATORIA PEQUEÑA	60.00
789	88301.03	ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE BIOPSA	35.00
790	91055.01	CITOLOGIA DE ESPUTO	6.00
791	91055.02	CITOLOGIA DE ORINA	6.00
792	91055.03	CITOLOGIA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	6.00
793	36430	TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	64.80
794	80095	EXÁMENES DE DONANTE	30.56
795	10781	CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA	13.00
796	33957	CATETERIZACIÓN VENOSA (RECIÉN NACIDO)	45.00
797	90782	INYECCIÓN INTRAMUSCULAR, SUBCUTÁNEA	4.32
798	36600	PUNCIÓN ARTERIAL	22.50
799	90784	INYECCIÓN ENDOVENOSA	7.20
800	99436	ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO (R.N)	24.00
801	99382	CONTROL DE ENFERMERÍA (CRED)	5.00
802	62270	PUNCIÓN LUMBAR	23.18
803	94656	VENTILACIÓN MECÁNICA POR DÍA	31.19
804	36510	ONFALOCLISIS O CANALIZACIÓN DE VENA UMBILICAL	93.75
805	99299	MONITOREO DE SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO / DÍA	45.00
806	99300	MONITOREO DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO / DÍA	45.00
807	93770	PRESIÓN VENOSA CENTRAL	10.08
808	94010	ESPIROMETRÍA	43.27
809	96900	FOTOTERAPIA ( 12HRS)	21.60
810	91144	EXTRACCIÓN ENDOSCOPICA DE CUERPO EXTRAÑO	57.42
811	91105	LAVADO GÁSTRICO POR Sonda NASOGÁSTRICA	31.22
812	32421	TORACOCENTESIS	40.05
813	31500	INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	56.25
814	31520	INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL (RECIÉN NACIDO)	93.75
815	31720	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES	18.00
816	92950	REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	54.64
817	92960	CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA O DESFIBRILACIÓN	41.12
818	93542	COLOCACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL	18.72
819	94640	NEBULIZACIÓN	14.40



820	94760	OXIMETRÍA NO INVASIVA PARA DETERMINAR LA SATURACIÓN DE OXÍGENO	14.40
821	96365	BOMBA DE INFUSIÓN, INFUSIÓN ENDOVENOSA POR DÍA	14.40
822	93503	COLOCACIÓN CATETER SWAN GANZ	61.15
823	32035	TUBO DE DRENAJE PLEURAL	89.19
824	36145	COLOCACION DE CATETER DE ALTO FLUJO PARA HEMODIALISIS	72.00
825	99190	COLOCACIÓN SONDA RECTAL	10.00
826	99188	COLOCACIÓN DE SONDA NASOYEYUNAL	18.75
827	99189	COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA	16.00
828	99189.01	ALIMENTACIÓN POR SONDA OROGÁSTRICA (RECIÉN NACIDO)	45.00
829	99411.01	ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO. AREAS: LENGUAJE, MOTORA, DE COORDINACIÓN Y SOCIAL)/ SESION( MENORES DE 1 AÑO)	16.00
830	99411.02	ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO. AREAS: LENGUAJE, MOTORA, DE COORDINACIÓN Y SOCIAL)/ SESION (DE 1 A 4 AÑOS)	16.00
831	99503	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	14.40
832	97003	TERAPIA OCUPACIONAL ADULTOS/NIÑOS	7.20
833	97007	APLICACIÓN DE TANQUE WHIRPOOL (INCLUYE PROCEDIMIENTO TERAPEUTICO). HIDROTERAPIA EN TANQUE DE WHIRPOOL (MMII) POR SESION	12.00
834	97009	TERAPIA DE LENGUAJE	15.00
835	97010	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FISICA A 1 O MAS AREAS: COMPRESAS CALIENTES O FRIAS	8.75
836	97014	ELECTROTERAPIA ESTIMULANTE POR ZONA: ESTIMULACIÓN ELECTRICA (NO ASISTIDA)	14.40
837	97018	BAÑO DE PARAFINA POR ZONA: APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FISICA	10.08
838	97020	APLICACIÓN DE UNA MODALIDAD MICROONDA U ONDA CORTA POR ZONA	8.75
839	97022	APLICACIÓN DE DE MODALIDAD DE TERAPIA FISICA A 1 O MAS AREAS: HIDROTERAPIA DE REMOLINO	10.00
840	97026	APLICACIÓN DE DE MODALIDAD DE TERAPIA FISICA A 1 O MAS AREAS: RAYOS INFRARROJOS	10.08
841	97032	SESION : APLICACIÓN DE ELECTROTERAPIA ANALGÉSICA CADA 15 MINUTOS	16.00
842	97034	SESION : APLICACIÓN DE CONTRASTE : FRIO Y CALOR CADA 15 MINUTOS	16.00
843	97035	ULTRASONIDO: APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FISICA POR ZONA CADA 15 MINUTOS.	14.40
844	97039	REVISION DE CALZADOS ORTOPEDICOS Y/O ORTETICOS	14.40
845	97110	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICO, 1 O MAS AREAS, CADA 15 MINUTOS; EJERCICIOS TERAPEUTICOS PARA DESARROLLAR FUERZA, RESISTENCIA, GAMA DE MOVIMIENTO O FLEXIBILIDAD	16.00
846	97112	FISIOTERAPIA NEUROMUSCULAR	11.25



847	97113	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICO, 1 O MAS AREAS, CADA 15 MINUTOS; TERAPIA ACUATICA CON EJERCICIOS TERAPEUTICOS	14.00
848	97116	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICO, 1 O MAS AREAS, CADA 15 MINUTOS; ENTRENAMIENTO DE LA MARCHA (INCLUYE SUBIR ESCALERAS)	13.95
849	97124	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICO, 1 O MAS AREAS, CADA 15 MINUTOS; MASAJE, INCLUYENDO FROTAMIENTO (EFFELURAGE), COMPRESION (PETRISSAGE), PERCUSION	10.00
850	97125	TECNICAS DE TERAPIA MANUAL	18.72
851	97140	TECNICAS DE TERAPIA MANUAL (MANIPULACION, DRENAJE LINFATICO MANUAL, TRACCION MANUAL ) C / 15 MINUTOS	15.00
852	97150	PROCEDIMIENTOS(S) TERAPEUTICO(S), GRUPAL (2 O MAS PERSONAS)	10.00
853	97504	ENTRENAMIENTO Y AJUSTE DE DISPOSITIVOS ORTÉSICOS EN EXTREMIDADES SUPERIORES, INFERIORES Y/O TRONCO, CADA 15 MINUTOS	12.00
854	97530	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS, CONTACTO DIRECTO (UNO A UNO) ENTRE EL PACIENTE Y LA PERSONA ENCARGADA (USO DE ACTIVIDADES DINAMICAS PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO FUNCIONAL), CADA 15 MINUTOS	15.00
855	97532	DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVAS PARA MEJORAR LA ATENCION, MEMORIA, RESOLUCION DE PROBLEMAS, (INCLUYE ENTRENAMIENTO COMPENSATORIO), CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE(CARA A CARA), CADA 15 MINUTOS	8.00
856	97535	ENTRENAMIENTO PARA AUTO-CUIDADO Y MANEJO EN EL HOGAR (EJEMPLO: ACTIVIDADES COTIDIANAS (ADL) Y ENTRENAMIENTO COMPENSATORIO, PREPARACION DE COMIDAS, PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD, E INSTRUCCIONES PARA USAR DISPOSITIVOS / EQUIPOS DE ADAPTACION EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA ) CONTACTO DIRECTO UNO A UNO, CDA 15 MINUTOS	11.52
857	97537	ENTRENAMIENTO PARA LA REINTEGRACION A LA COMUNIDAD Y EL TRABAJO (EJEMPLO: COMPRAS, TRANSPORTE, MANEJO DE DINERO, ACTIVIDADES Y/O TRABAJO NO VOCACIONALES, ANALISIS DEL ENTORNO Y SU MODIFICACION, ANALISIS DE LA TAREA DEL TRABAJO, USO DE DISPOSITIVOS TECNOLOGICOS / EQUIPO DE ADAPTACION EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA), CONTACTO DIRECTO UNO A UNO, CADA 15 MINUTOS	10.00
858	97784	BLOQUEO PARAESPINAL	18.00
859	97785	DESGATILLAMIENTO MUSCULAR	18.00
860	97786	INFILTRACION PERIFACETARIA	25.00
861	97008	REEDUCACIÓN MUSCULAR FACIAL	10.08
862	T99441	TRANSPORTE EN AMBULANCIA: ICA - CERCADO	45.00
863	T99446	ICA - LIMA	1800.00
864	T99452	ICA-AREQUIPA	3000.00
865	D0140	CONSULTA ESTOMATOLOGIA NO ESPECIALIZADA	6.25
866	D0160	CONSULTA ESTOMATOLOGIA ESPECIALIZADA	7.50



867	D0220	RADIOGRAFIA INTRAORAL PERIAPICAL	15.00
868	D0240	RADIOGRAFIA INTRAORAL OCLUSAL	15.00
869	D1110	PROFILAXIS DENTAL	21.60
870	D1204	APLICACIÓN TOPICA DE FLUOR GEL	6.25
871	D2140	RESTAURACION DE UNA SUPERFICIE CON AMALGAMA EN PIEZAS DENTARIAS, PRIMARIAS O PERMANENTES	15.00
872	D2150	RESTAURACION DE DOS SUPERFICIES CON AMALGAMA EN PIEZAS DENTARIAS, PRIMARIAS O PERMANENTES	15.00
873	D2390	RESINA LUZ HALOGENA - PIEZAS ANTERIORES	30.00
874	D2391	RESINA LUZ HALOGENA - PIEZAS MOLARES	50.00
875	D2392	RESINA LUZ HALOGENA - PIEZAS PRE MOLARES	35.00
876	D3310	ENDODONCIA PIEZAS ANTERIORES	25.00
877	D7176	EXTRACCIÓN DENTAL	7.50
878	D7240	EXTRACCION DE DIENTES IMPACTADAS	25.00
879	D7910	SUTURA	15.00
880	D7911	SUTURA CASO HEMORRAGIA	15.00
881	D9110	ANESTESIA LOCAL NO EN COMBINACION CON PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	4.00
882	E2336	AUTOCURABLE	7.00
883	E2395	RESTAURACION FOTOCURABLE CON IONOMERO DE VIDRIO EN UNA SUPERFICIE DENTARIA (PRIMARIA O PERMANENTE)	7.00
884	E8000	TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS SECA O HUMEDA	15.00
885	80056	LAVADO DE OIDO	21.49
886	69420	MIRINGOTOMIA INCLUYENDO ASPIRACIÓN Y/O INSUFLACIÓN DE CONDUCTO DE EUSTAQUIO CON NECESIDAD DE ANESTESIA GENERAL	216.00
887	69433	TIMPANOPLASTIA	576.00
888	69801	LABERINTOTOMIA, CON O SIN CRIOCIRUGÍA INCLUYENDO OTROS PROCEDIMIENTOS DESTRUCTIVOS NO ESCISIONALES O PERFUSIÓN CON COMPUESTOS VESTIBULOACTIVOS (UNA)	432.00
889	69802	LABERINTOTOMIA, CON O SIN CRIOCIRUGÍA INCLUYENDO OTROS PROCEDIMIENTOS DESTRUCTIVOS NO ESCISIONALES O PERFUSIÓN CON COMPUESTOS VESTIBULOACTIVOS (UNA O VARIAS PE	432.00
890	69905	LABERINTECTOMIA; TRANSCONDUCTO	432.00
891	72020.01	RADIOGRAFÍA LUMBAR	25.99



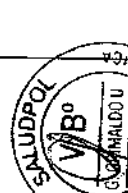
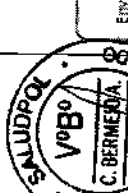
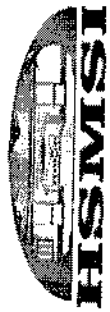
**ANEXO N° 5. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS<sup>7</sup>**

1. ID de la prestación de salud
2. Número de Documento de Autorización
3. Tipo de documento de identidad del beneficiario
4. Número de documento de identidad del beneficiario
5. Apellido Paterno del Paciente
6. Apellido Materno del Paciente
7. Nombres del Paciente
8. N° de Historia Clínica
9. Fecha de nacimiento del beneficiario
10. Sexo
11. Código Prestacional
12. Fecha de ingreso
13. Fecha de atención o alta
14. Código CIE 10 del diagnóstico
15. Descripción del diagnóstico (según CIE 10)
16. N° RENIPRESS
17. Nombre de IPRESS
18. Código CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
19. Descripción según CIE 10 del diagnóstico principal y los diagnósticos secundarios (éste último de ser el caso)
20. Apellidos y nombres del responsable de la atención
21. Tipo de documento de identidad del responsable de la atención
22. Número del documento de identidad del responsable de la atención
23. Profesión del responsable de la atención.
24. N° de Colegiatura del responsable de la atención.
25. Especialidad del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
26. N° de Registro de Especialista del profesional de salud que realizó la atención (de corresponder).
27. Circunstancias del egreso (mejoría, curación, transferencia, voluntaria, fuga, defunción)
28. Codificación CPT de los procedimientos realizados
29. Descripción del procedimiento realizado (según CPT)
30. Codificación de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
31. Descripción de los productos farmacéuticos o dispositivos médicos utilizados (según SISMED)
32. Valor de prestación de salud en soles (desagregando en valor de procedimiento médico y valor de productos farmacéuticos o dispositivos médicos).

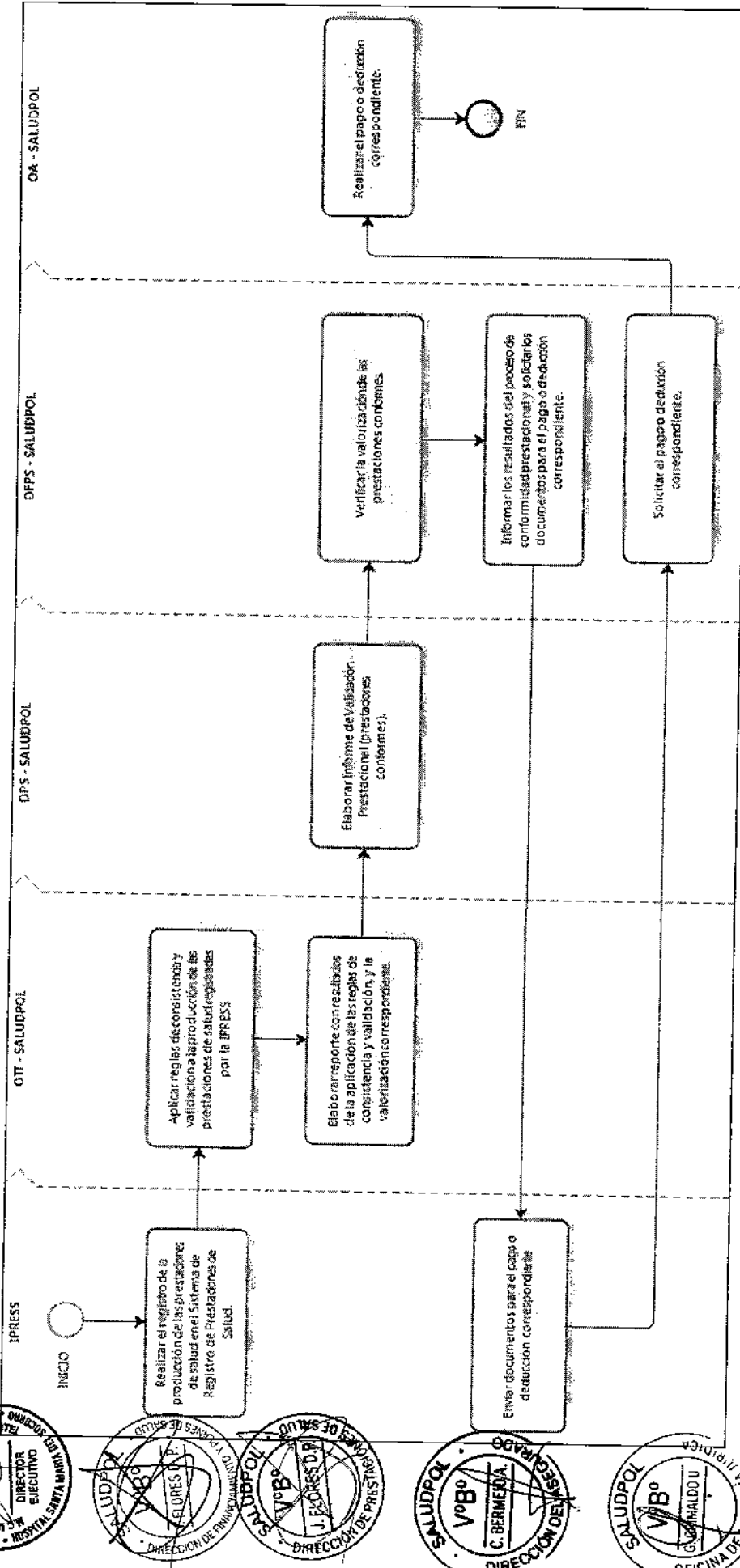


<sup>7</sup> Estos se adecuarán a las disposiciones que SUSALUD dicte sobre la materia





ANEXO N° 6. PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN Y CONFORMIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SALUD



**ANEXO N° 7. INFRACCIONES Y PENALIDADES POR NO CUMPLIMIENTO DE LA IPRESS**

N°	Infracción	Nivel	Medio de verificación	Frecuencia de Medición	Penalidad
<b>Relacionadas a la prestación</b>					
1	Retraso injustificado (*) en la atención de más del 10% de los beneficiarios que demandaron atención en LA IPRESS.	Moderada	Reclamos formulados por beneficiario SALUDPOL declarados fundados por la Unidad Territorial y Número de documentos de autorización emitidos.	Trimestral	0.5% del monto facturado del mes posterior a la detección de la infracción.
2	Cobro indebido a los beneficiarios de SALUDPOL.	Grave (**)	Reclamos formulados por beneficiario SALUDPOL declarados fundados por la Unidad Territorial.	Trimestral	1% del monto facturado del mes posterior a la detección de la infracción.
3	Negar o condicionar la atención de salud de un usuario en situación de emergencia.	Grave	Informe fundado posterior a investigación de reclamo.	Trimestral	1% del monto facturado del mes posterior a la detección de la infracción.
<b>Relacionadas a las condiciones de oferta del servicio</b>					
	No contar con licencias, permisos y autorizaciones vigentes requeridos por Ley.	Moderada	Verificación de que la IPRESS cuente con autorizaciones, licencias de apertura y funcionamiento, registro ante SUSALUD vigentes al momento de realizar visita de control prestacional.	Semestral	0.5% del monto mensual facturado del mes posterior a la detección de la infracción.
	No contar con el servicio de mantenimiento de los equipos biomédicos de la IPRESS.	Moderada	Verificación de que la IPRESS cuente con Plan de Mantenimiento de sus equipos biomédicos estratégicos vigente.	Semestral	0.5% del monto mensual facturado del mes posterior a la detección de la infracción.
6	Cumplimiento < 60% como resultado de la supervisión de servicios y/o procesos de la IPRESS.	Moderado	Acta y/o informe de supervisión donde consten los resultados de la aplicación del instrumento de supervisión.	Trimestral	0.5% del monto mensual facturado del mes posterior a la detección de la infracción.
	Resistir, obstruir, impedir u obstaculizar de cualquier forma la realización y/o desarrollo de la diligencia de acciones de control prestacional, auditorías, supervisión, o investigación de quejas, reclamos o denuncias.	Grave	Verificador in situ. Consignar en acta.	Trimestral	1% del monto facturado del mes posterior a la detección de la infracción.

(\*) Se considera retraso injustificado al transcurso mayor de 30 días calendario entre la solicitud de atención por parte del beneficiario y la atención recibida.

(\*\*) La reiteración de esta infracción será causal de Resolución del Convenio y la aplicación de las acciones administrativas que resulten correspondientes con el fin de prevenir la vulneración de los derechos de los beneficiarios de SALUDPOL.

