

RESOLUCION No. 159
14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por la Junta Directiva, y

CONSIDERANDO:

1. Que mediante Decreto Número 0025 del 04 de febrero de 2005, emanado de la Gobernación de Santander, se crea la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, como una Entidad descentralizada del orden Departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.
2. Que de acuerdo con lo establecido en el Decreto Departamental 0025 de febrero 04 de 2005 y en los Estatutos Internos de la Entidad, es función de la Junta Directiva aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus distintos órdenes.
3. Que según el artículo 4 del decreto 1876 de 1994 son objetivos de las Empresas Sociales del Estado:
 - a. Producir servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito;
 - b. Prestar los servicio de salud que la población requiera y que la Empresa Social, de acuerdo con su desarrollo y recursos disponibles pueda ofrecer,
 - c. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social;
 - d. Ofrecer a las Entidades Promotoras de Salud y demás personas naturales o jurídicas que los demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado;
 - e. Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento;
 - f. Garantizar los mecanismos de la participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.
4. Que el Artículo 1 del Decreto 887 de 2001 contempla que las tarifas establecidas en el Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1.), serán de obligatorio cumplimiento en los casos originados por accidente de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; también en la atención inicial de urgencias de otra naturaleza si no hay acuerdo entre las partes; en las demás prestaciones de servicios de salud sólo se utilizarán como tarifas de referencia.
5. Que el artículo 87 del Decreto 2423 de 1996 establece que: *"...Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución..."*



RESOLUCION No. 159
14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

6. Que según lo establecido en el Decreto 2423 de 1996, artículo 89, (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1.), las tarifas deben ser ajustadas a la centena más próxima.
7. Que las tarifas establecidas para los diferentes procedimientos se requieren con el fin de ser competitivos dentro del mercado de servicios de salud y así optimizar los recursos disponibles y mejorar la eficiencia del servicio.
8. Que el Ministerio de Salud y Protección Social no ha realizado la actualización del Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1.), de acuerdo a lo definido en el Decreto 056 de 2015, artículo 10, **Parágrafo.** "El Gobierno nacional, dentro de los dos (2) años siguientes a la entrada en vigencia del presente decreto actualizará y ajustará el manual tarifario adoptado mediante el Decreto 2423 de 1996, modificado por el Decreto 887 de 2001 y realizará de manera periódica, mínimo cada cinco (5) años, la revisión y ajustes correspondientes".
9. Que el Acuerdo de Junta Directiva Número 03 de Febrero 14 de 2018, establece que para aquellos procedimientos que no se encuentren en los manuales tarifarios, que por motivos de las nuevas tecnologías, los costos sean superiores a los valores establecidos en los manuales tarifarios vigentes, la **ESE HUS** establecerá **TARIFAS INSTITUCIONALES** propias, mediante acto administrativo suscrito por la Gerencia, tomando como base los estudios de costos unitarios que se adelanten por el área de Costos de la Entidad, y el análisis del mercado.
10. Que se requiere modificar la descripción de algunos procedimientos ajustándolos a lo descrito en el Anexo 2 "Lista Tabular" Resolución 5171 de 2017 CUPS.
11. Que en consecuencia la **ESE HUS** podrá utilizar, para efectos de la facturación de los servicios que se prestan a los usuarios de las diferentes Entidades Responsables de Pago, el sistema de codificación y tarifas que considere apropiado.
12. Que se hace necesario efectuar la unificación de los códigos y tarifas Institucionales en un solo documento, que facilite la facturación, y sirva como soporte para la contratación de los servicios.

En mérito de lo expuesto, este Despacho,

RESUELVE:

CAPÍTULO I

ARTÍCULO PRIMERO: Realizar la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la **ESE HUS**, de tal forma que se consoliden en un solo documento que sirva como soporte y de base para la contratación de los servicios con las diferentes Entidades Responsables de Pago.



RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

ARTÍCULO SEGUNDO: CAMPO DE APLICACIÓN: El presente documento será de obligatorio cumplimiento por parte de la **ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER**, para facturar los servicios, medicamentos, insumos y dispositivos médicos, incluidos en el mismo, a las diferentes Entidades Responsables de Pago. Cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se facturará de acuerdo a lo establecido en el Decreto 2423 de 1996, a excepción de los procedimientos que no se encuentran contemplados en el Manual Tarifario, dando cumplimiento a lo descrito en el artículo 87 del Decreto 2423 de 1996 establece que: *"...Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución..."*

CAPÍTULO II

ARTÍCULO TERCERO: DEFINICIONES: Para efectos de la presente Resolución, se deberán tener en cuenta algunas de las definiciones consagradas en los Decretos 1938 de 1994 y 2174 de 1996, Resolución 5261 de 1994, Decreto 2423 de 1996, Decreto 4725 de 2005 y otros términos como los siguientes:

1. **Actividad:** Es la utilización de un recurso particular bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
2. **Procedimiento:** Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
3. **Intervención:** Es un conjunto de actividades y procedimientos acordes con un diagnóstico, dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
4. **Diagnóstico:** Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad.
5. **Tratamiento:** Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad que alteran el normal funcionamiento laboral, familiar, individual y social del individuo.
6. **Rehabilitación:** Son todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a restaurar la función física, psicológica o social resultante de una condición previa o crónica, modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de la enfermedad, que puedan reducir o alterar la capacidad del paciente para desempeñarse adecuadamente en su ambiente familiar, social y laboral.
7. **Atención en Salud:** Prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.



RESOLUCION No. 15 9

17 4 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

8. **Atención ambulatoria:** Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza sin necesidad de internar el paciente por un período mayor de 24 horas.

9. **Atención con internación:** Es toda actividad, intervención o procedimiento que se realiza con alojamiento del paciente por un período superior a 24 horas.

10. **Consulta Médica Especializada:** Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no esté en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

11. **Urgencia.** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

12. **Atención de Urgencias.** La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

13. **Utilización de prótesis, órtesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica.** Se definen como elementos de este tipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo con el compromiso de devolverlos en buen estado salvo el deterioro normal; en caso contrario deberá restituirlos en dinero por su valor comercial.

14. **Hematología:** Es el estudio científico de la sangre y los tejidos hematopoyéticos que la conforman (médula ósea, ganglios linfáticos, bazo, entre otros).

15. **Patología:** Estudio de los cambios estructurales bioquímicos y funcionales que subyacen a la enfermedad en células, tejidos y órganos.

16. **Angiografía:** Examen de diagnóstico por imagen cuya función es el estudio de los vasos sanguíneos que no son visibles mediante la radiología convencional. Podemos distinguir entre arteriografía cuando el objeto de estudio son las arterias, y flebografía cuando se refiere a las venas.

17. **Resonancia Magnética Nuclear:** Es una prueba diagnóstica con la que se obtienen imágenes del interior del cuerpo. Se basa en el procesamiento de ondas de radio que pasan por el paciente, el cual es sometido a un potente campo magnético. A diferencia del TAC o de las radiografías simples no usa radiaciones ionizantes (rayos X). Permite obtener imágenes muy detalladas del cuerpo, en dos y en tres dimensiones, y desde cualquier perspectiva.

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

18. **Manual Tarifario:** Conjunto de actividades que permiten identificar, registrar, clasificar, liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que conlleva la atención de un usuario de una IPS.

19. **Tarifa Institucional:** Es el precio o valor a pagar por un servicio, insumo, medicamento, tomando como base los estudios de costos unitarios que se adelanten por el área de Costos de la Entidad, precios de compra de los productos y el análisis del mercado.

20. **Dispositivos médicos:** Proviene de su denominación en ingles Medical Device y en el ámbito nacional son mejor conocidos como elementos médico – quirúrgicos y equipos médicos. Cualquier instrumento, aparato, artefacto, equipo biomédico u otro artículo similar o relacionado, utilizado sólo o en combinación, incluyendo sus componentes, partes, accesorios y programas informáticos que intervengan en su correcta aplicación, destinado por el fabricante para uso en seres humano de acuerdo a lo definido en el Decreto 4725 de 2005.

CAPÍTULO III

EXAMENES, ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

ARTÍCULO CUARTO: Los códigos y tarifas Institucionales para los procedimientos de **LABORATORIO CLÍNICO**, son las siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
19993	TIEMPO DE TROMBINA SERIADO	1,04	27.083
19994	DOSIFICACION DE INHIBIDOR ANTI FACTOR VIII - C	5,37	139.840
19995	DIMERO D AUTOMATIZADO	2,12	55.207

(Art. 7,9, de la Resolución N° 000450 del 21 Diciembre de 2010)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
19997H	PROCALCITONINA	6,18	160.933
19998H	PEPTIDO NA TIURETICO	4,38	114.060

(Art. 2, de la Resolución N° 000170 del 08 Mayo de 2014)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
19115H	TROGLOBULINA	2,43	63.280
19116H	GENEXPERT BK Y CULTIVO	9,31	242.442

(Art. 1, de la Resolución N° 000346 del 07 de Julio de 2015)

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
19123H	CALCIO IONICO	2,36	61.457
19124H	PRUEBA TREPONEMICA RAPIDA	1,07	27.864

(Art. 1, de la Resolución N° 000369 del 24 de Julio de 2015)

RESOLUCION No. 159
14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
19999H	GENEXPERT BK Y CULTIVO	7,57	197.130

(Art. 1, de la Resolución N° 000402 del 26 de Agosto de 2015)

INCLUYE: Los siguientes exámenes: Mycobacterium identificación por CPR, Cultivo para Mycobacterium, y la baciloscopia, teniendo en cuenta que el paquete no se encuentra contemplado en los manuales tarifarios vigentes y se requiere para ser ofertado a las entidades responsables de Pago.

Parágrafo: En el momento en que los cartuchos recibidos como donación y que se encuentran en el equipo GENEXPERT objeto del contrato de comodato número 2151079 de 2015, se agoten, y la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER deba asumir el costo por la compra de los mismos, el cobro del Mycobacterium identificado por PCR se realizará basado en la tarifa fijada según Resolución 346 del 07 de Julio de 2.015 y el BK y el cultivo para Mycobacterium se cobrarán de acuerdo a las tarifas de los manuales tarifarios vigentes, pactadas en los contratos con las diferente Entidades Responsables de Pago. (Art. 2, de la Resolución N° 000402 del 26 de Agosto de 2015)

ARTÍCULO QUINTO: Los códigos y tarifas institucionales para los EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS ANATOMOPATOLÓGICOS, son los siguientes:

1. ESTUDIO DE ESPECIMENES QUIRURGICOS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
20213H	ESTUDIO POR CONGELACION Y O PARAFINA EN ESPECIMINES QUIRURGICOS SIMPLES SIN DISECCION GANGLIONAR	8,94	232.807
20214H	ESTUDIO POR CONGELACION Y O PARAFINA EN ESPECIMINES QUIRURGICOS DISECCION GANGLIONAR O RESER MARGENE	12,35	321.606

(Art. 3, de la Resolución N° 000451 del 21 de Diciembre de 2010)

2. CITOLOGIAS

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
20210H	COLORACION ESPECIAL Y LECTURA	1,96	51.040
20211H	LECTURA LAMINA HISTOPATOLOGICA AL VALOR DE LA COLORACION AGREGAR	0,78	20.312
20212H	COLORACION DE PLATA METENAMINA	1,79	46.613
20308H	CITOLOGIA LIQUIDOS PLEURAL GASTRICO ASCITICO LCR LAV BRONQUIAL ESPUTO ORINA EN BLOQ PARAFINA TIN ES	2,31	60.155
898005H	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA VAGINAL TUMORAL Y O FUNCIONAL 235	2,52	65.623
898006H	ESTUDIO DE COLORACION HISTOQUIMICA EN CITOLOGIA DE LIQUIDO CORPORAL O SECRECION 235	2,52	65.623

(Art. 2, 3, de la Resolución N° 000451 del 21 de Diciembre de 2010)

Los Códigos con su respectiva tarifa institucional para los Procedimientos de Inmunohistoquímica con anticuerpos primarios son:

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
20215H	COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA - CA DE MAMA	21,29	554.413
20216H	COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA - PANEL DE TAMIZAJE	43,56	1.134.346
20217H	COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA - PANEL CONFIRMATORIO	43,56	1.134.346

(Art. 1, de la Resolución N° 000666 del 30 de Diciembre de 2011)

3. NECROPSIAS

Los códigos con su respectiva tarifa Institucional para los procedimientos de Patología, se relacionan a continuación:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
20218H	AUTOPSIA (NECROPSIA) COMPLETA	62,24	1.620.792
20219H	AUTOPSIA (NECROPSIA) FETO Y PLACENTA	30,12	784.355

(Art. 2, de la Resolución N° 000322 del 25 de Agosto de 2014)

ARTÍCULO SEXTO: *Derojar* el Artículo Primero de la Resolución N° 000451 del 21 de Diciembre de 2010, creado para el cobro de los procedimientos de *Coloración especial y Citología de líquidos (pleural. Gástrico, ascítico, LCR, lavado bronquial, esputo, orina, etc.) en bloque de parafina con tinción de rutina*; en razón a que estos procedimientos existen en el Manual Tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) y habían sido creados para cobrar los servicios ofertados en tarifa ISS por no estar contemplados en el Acuerdo 256 de 2001.

ARTÍCULO SEPTIMO: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para los **ESTUDIOS Y PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS DE IMAGENOLÓGIA**, son:

1. OTROS PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS Y/O TERAPÉUTICOS

- a. Los códigos con su respectiva tarifa Institucional para los Procedimientos de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA que se relacionan a continuación, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21819H	OCLUSION O EMBOLIZACION DE ARTERIAS RENALES	172,87	4.501.708
21820H	OCLUSION O EMBOLIZACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS SUPERIORES	152,24	3.964.482
21821H	OCLUSION O EMBOLIZACION DE ARTERIAS DE MIEMBROS INFERIORES	152,34	3.967.086
21822H	EMBOLOZACION NASAL	205,09	5.340.749
21823H	EMBOLOZACION NASOANGIOFIBROMA	204,95	5.337.103
21824H	TROMBOLISIS DE ARTERIAS DE MIEMBROS SUPERIORES	172,03	4.479.833
21825H	ARTERIOGRAFIA PULMONAR	76,45	1.990.834
21826H	FILTRO DE VENA CAVA	119,51	3.112.160
21827H	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS SUPERIORES	65,55	1.706.988
21828H	FLEBOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES	65,60	1.708.290
21829H	COLOCACION DE STENT ESOFAGICO	172,22	4.484.781
21830H	COLOCACION DE STENT DUODENAL	172,22	4.484.781
21831H	ESCLEROSIS CON BLEOMICINA DE MAVE EN MIEMBROS SUPERIORES	80,50	2.096.301

(Art. 3, de la Resolución N° 000369 del 24 de Julio de 2015)



RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico - asistenciales. **NO INCLUYE:** Medicamentos, dispositivos, ni insumos utilizados en los procedimientos, los cuales se facturarán por aparte.

21603H	EMBOLIZACION ANEURISMA	251,42	6.547.228
21607H	EMBOLIZACION MIOMAS UTERINOS	147,07	3.829.850
21608H	EMBOLIZACION MALFORMACION CEREBRAL	180,19	4.692.328
21609H	ANGIOPLASTIA CAROTIDEA	180,19	4.692.328
21612H	ARTERIOGRAFIA AORTICA	58,44	1.521.836
21613H	ARTERIOGRAFIA CEREBRAL	100,56	2.618.683
21614H	ARTERIOGRAFIA MIEMBROS INFERIORES (UNO)	42,37	1.103.357
21615H	ARTERIOGRAFIA MIEMBROS INFERIORES BILATERALES	87,66	2.282.754
21616H	ARTERIOGRAFIA MIEMBROS SUPERIORES (1)	42,37	1.103.357
21617H	ARTERIOGRAFIA MIEMBROS SUPERIORES BILATERAL	84,74	2.206.714
21618H	ABLACION DE VENA SAFENA CON RADIOFRECUENCIA	197,72	5.148.827
21619H	OCLUSION DE VASOS ABDOMINALES POR VIA ENDOVASCULAR	178,34	4.644.152
21620H	SALVAMENTO EXTREMIDADES	122,48	3.189.502
21621H	ANGIOPLASTIA DE MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR CON BALON	127,11	3.310.072
21622H	ANGIOPLASTIA DE MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR COM STENT	127,11	3.310.072
21623H	ANGIOGRAFIA STENT ARTERIAL RENAL	121,75	3.170.492
21624H	ANGIOPLASTIA VENOSA EN PACIENTES DE HEMODIALISIS	127,11	3.310.072
21625H	ARTERIOGRAFIA MIESENTRICA MAS AORTOGRAMA ABDOMINAL	120,04	3.125.962
21626H	ARTERIOGRAFIA RENAL MAS AORTOGRAMA ABDOMINAL	91,80	2.390.564
21627H	CAVOGRAFIA	63,55	1.654.906
21629H	DERIVACION PORTOSISTEMICA TIPS	270,28	7.038.361
21630H	EMBOLIZACION DE VARICES PELVICAS Y GONADALES	194,80	5.072.787
21631H	EMBOLIZACION DE ARTERIAS BRONQUIALES	194,80	5.072.787
21632H	FLEBOGRAFIA GONADAL	138,79	3.614.230
21633H	QUIMIOEMBOLIZACION DE TUMORES HEPATICOS	232,05	6.042.814
21634H	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTA-TORAXICA	396,90	10.335.673
21635H	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTA ABDOMINAL	396,90	10.335.673
21636H	TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA AORTA TORAXICA ABDOMINAL	396,90	10.335.673
21637H	MIELOGRAFIA CERVICAL (CADA SEGMENTO)	38,96	1.014.557
21638H	MIELOGRAFIA DORSAL - TORAXICA (CADA SEGMENTO)	38,96	1.014.557
21639H	MIELOCISTERNOGRAFIA	73,05	1.902.295
21640H	DISCOGRAFIA	58,44	1.521.836
21641H	INFILTRACION RADICULAR	56,49	1.471.056
21642H	ABLACION CON RADIOFRECUENCIA	180,19	4.692.328
21643H	STENT CUBIERTO MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES	265,41	6.911.542
21644H	STROKE CEREBRAL	362,81	9.447.935
21645H	DENERVACION SIMPATICA RENAL	241,06	6.277.443

(Art. 1, de la Resolución N° 0000241 del 03 de Julio de 2014)

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico - asistenciales. **NO INCLUYE:** Medicamentos, dispositivos, ni insumos utilizados en los procedimientos, los cuales se facturarán por aparte.

b. Los códigos y tarifas Institucionales que se detallan a continuación, corresponden a procedimientos de radiología intervencionista:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21904H	COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA MAS DERIVACION DE VIAS BILIARES	161,44	4.204.059
21905H	NEFROSTOMIA PERCUTANEA	68,18	1.775.475
21907H	COLOCACION DE PROTESIS DE VIAS BILIARES (STENT BILAR)	148,53	3.867.870
21908H	MIELOGRAFIA LUMBAR	38,96	1.014.557

(Art. 1, de la Resolución N° 0000241 del 03 de Julio de 2014)

NO INCLUYE: Dispositivos, materiales e insumos, los cuales serán facturados por aparte.

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

2. TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA O ESCANOGRAFIA

- a. Los códigos con su respectiva tarifa institucional para los procedimientos guiados por tomografía son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21810H	BIOPSIA RENAL GUIADA POR TOMOGRAFIA	69,84	1.818.703
21812H	BIOPSIA DE HUESO GUIADA POR TOMOGRAFIA	69,84	1.818.703

Art. 4, de la Resolución N° 00000369 del 24 de Julio de 2015)

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico – asistenciales. NO INCLUYE medicamentos, dispositivos, ni insumos utilizados en los procedimientos, los cuales se facturarán por aparte.

- b. Los códigos y tarifas Institucionales creadas para los paquetes de Biopsia Percutánea de Hígado y Paquete de Biopsia de Pulmón, por el uso de nuevas tecnologías, son las siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21912H	PAQUETE BIOPSIA PERCUTANEA DE HIGADO	69,13	1.600.214
21913H	PAQUETE BIOPSIA DE PULMON	91,09	2.372.075

Art. 1, de la Resolución N° 00000126 del 08 de Febrero de 2017)

INCLUYE: Derechos de sala, materiales e insumos, dispositivos, honorarios médico – asistenciales, guía escanográfica para procedimientos intervencionistas.

- c. El código y tarifa Institucional para el procedimiento Drenaje Percutáneo de abscesos o colecciones guiado por tomografía, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21914H	DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESOS O COLECCIONES GUIADO POR TOMOGRAFIA	44,73	1.164.814

Art. 3, de la Resolución N° 00000126 del 08 de Febrero de 2017)

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico – asistenciales. NO INCLUYE medicamentos, dispositivos, ni insumos utilizados en los procedimientos, los cuales se facturarán por aparte.

ARTÍCULO OCTAVO: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS ECOGRÁFICOS, VASCULARES NO INVASIVOS Y RESONANCIA MAGNÉTICA, son las siguientes:

1. ECOGRAFIAS

- a. Códigos y tarifas Institucionales para los Procedimientos de Radiología Intervencionista por paquete:

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21901H	PAQUETE DE DRENAJE PERCUTANEO DE VIAS BILIARES	319,25	8.313.589
21903H	PAQUETE COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA	153,75	4.003.804
21906H	PAQUETE ACAF DE TIROIDES	34,10	887.998
21909H	PAQUETE FISTULOGRAFIA	36,93	961.694
21910H	PAQUETE BIOPSIA DE MAMA CON AGUJA TRUCUT	62,03	1.615.323
21911H	PAQUETE BIOPSIA TRANSRECTAL DE PROSTATA	49,48	1.288.509

Art. 2, de la Resolución N° 000666 del 30 de Diciembre de 2011)

INCLUYE: Derechos de Sala, Materiales e Insumos, Dispositivos, medicamentos, Honorarios Médico - Asistenciales.

- b. El código y tarifa institucional asignada para el procedimiento de DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESOS O COLECCIONES GUIADO POR ECOGRAFIA, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21902H	DRENAJE PERCUTANEO DE ABSCESOS O COLECCIONES GUIADO POR ECOGRAFIA	38,96	1.014.557

Art. 1, de la Resolución N° 00000241 del 03 de Julio de 2014

NO INCLUYE: Dispositivos médicos, Materiales e insumos los cuales serán facturados por aparte.

- c. El código y tarifa institucional para el procedimiento de Radiología Intervencionista COLOCACIÓN CATETER DE HEMODIÁLISIS GUIADO POR ECOGRAFÍA, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21622H	COLOCACION CATETER DE HEMODIALIS GUIADO POR ECOGRAFIA	38,96	1.014.557

Art. 1, de la Resolución N° 00000241 del 03 de Julio de 2014

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico – asistenciales. NO INCLUYE: Medicamentos, dispositivos, ni insumos utilizados en los procedimientos, ecografía o guía ecográfica, los cuales se facturarán por aparte.

- d. Los códigos con su respectiva tarifa institucional para los procedimientos guiados por ecografía, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21811H	BIOPSIA RENAL GUIADA POR ECOGRAFIA	55,87	1.454.911
21813H	BIOPSIA DE TEJIDOS BLANDOS CON AGUJA TRUCUT GUIADO POR ECOGRAFIA	32,59	848.676
21814H	BIOPSIA DE TEJIDOS BLANDOS (ACAF) GUIADO POR ECOGRAFIA	27,93	727.325
21815H	BIOPSIA PERCUTANEA DE BAZO GUIADA POR ECOGRAFIA	51,21	1.333.560
21816H	DOPPLER TRANSCRANEAL	23,28	606.234
21817H	BIOPSIA PERCUTANEA DE PANCREAS GUIADA POR ECOGRAFIA	83,80	2.182.236
21818H	PERICARDIOCENTESIS	69,84	1.818.703

Art. 4, de la Resolución N° 00000369 del 24 de Julio de 2015

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico – asistenciales. NO INCLUYE: Medicamentos, dispositivos, ni insumos utilizados en los procedimientos, guía ecográfica, los cuales se facturarán por aparte.

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

- e. Los códigos con su respectiva tarifa Institucional para los procedimientos guiados por ecografía, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37915H	INSERCIÓN DE CATETER PERCUTANEO DE DURACION PROLONGADA Y ALTO FLUJO GUIADO POR ECOGRAFIA	33,47	871.592

Art. 5, de la Resolución N° 0000542 del 24 de Noviembre de 2015

NO INCLUYE: Cateter y guía ecográfica, los cuales se facturarán por aparte.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21604H	VIA VENOSA CENTRAL BILUMEN O TRILUMEN GUIADA POR ECOGRAFIA	21,19	551.809
21605H	VIA VENOSA CENTRAL PERMANENTE GUIADA POR ECOGRAFIA	27,98	728.627
21606H	VIA VENOSA CENTRAL IMPLANTOFIX GUIADA POR ECOGRAFIA	27,98	728.627
21610H	PARACENTESIS GUIADA POR ECOGRAFIA	14,23	370.563
21611H	TORACENTESIS GUIADA POR ECOGRAFIA	14,23	370.563

Art. 2, de la Resolución N° 0000126 del 08 de Febrero de 2017

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico – asistenciales. NO INCLUYE: Medicamentos, dispositivos, ni insumos utilizados en los procedimientos, guía ecográfica, los cuales se facturarán por aparte.

2. RESONANCIA MAGNÉTICA

Se crearon códigos y tarifas institucionales para los procedimientos de Resonancia Magnética, en razón a que la tarifa definida en el Manual Tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996, compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1), es más alta que las ofertadas por la competencia, por lo que las **ESE HUS** oferta estos servicios a las Entidades Responsable de Pago con las cuales hay contrato y para PARTICULARES con tarifa institucional.

Se exceptúan lo facturado a ASEGURADORAS SOAT Y FOSYGA y entidades sin contrato las cuales se les facturará de acuerdo a lo definido en el manual tarifario vigente.

- a. El código y tarifa institucional para el procedimiento Examen para magnético (Gadolinio DTPA), es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
31307H	EXAMEN PARA MAGNETICO (GADOLINIO DTPA); AL VALOR DEL EXAMEN, AGREGAR:	12,16	316.659

Art. 1, de la Resolución N° 0000170 del 08 de Mayo de 2014

- b. El código y tarifa institucional para el Procedimiento de RESONANCIA DE CRÁNEO, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
31303H	RESONANCIA DE CRÁNEO	30,09	783.574

Art. 1, de la Resolución N° 0000732 del 29 de Diciembre de 2015

- c. El código con su respectiva tarifa Institucional para el Procedimiento de

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

EXAMENES DE RESONANCIA MAGNETICA – ANESTESIA, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
39153H	ANESTESIA EN EXÁMENES DE RESONANCIA MAGNÉTICA	13,97	363.793

Art. 2, de la Resolución N° 00000732 del 29 de Diciembre de 2015

Parágrafo: Los servicios no incluidos en la presente Resolución (Resonancia Magnética Nuclear), se facturarán de acuerdo a lo definido en los manuales tarifarios vigentes y a los contratos suscritos con las diferentes Entidades Responsables de Pago, así mismo, los medicamentos, materiales e insumos que se utilicen para la realización de los procedimientos, se facturarán por aparte y de acuerdo a las tarifas definidas por la ESE HUS.

3. MEDICINA NUCLEAR

ARTÍCULO NOVENO: Derogar los códigos y tarifas Institucionales asignados en el Artículo Octavo de la Resolución N° 000044 del 24 de Abril de 2009, y los Artículos Tres y Cuatro de la Resolución N° 000167 del 26 de Mayo de 2009, creados para el cobro de los procedimientos de Medicina Nuclear, en razón a que la ESE HUS actualmente no tiene habilitado dicho servicio.

ARTÍCULO DÉCIMO: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para los procedimientos de BANCO DE SANGRE, son las siguientes:

1. BANCO DE SANGRE

a. El código con su respectiva tarifa institucional para el examen Cooms Directo Fraccionado, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
911008H	COOMS DIRECTO FRACCIONADO	1,26	32.812

Art. 8, de la Resolución N° 000450 del 21 de Diciembre de 2010

b. El código con su respectiva tarifa institucional para el Procesamiento de la Unidad de Glóbulos Rojos Leucorreducidos, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
30109H	PROCESAMIENTO DE LA UNIDAD DE CONCENTRADO DE GLÓBULOS ROJOS LEUCORREDUCIDOS	21,79	567.433

Art. 1, de la Resolución N° 00000331 del 17 de Junio de 2013

c. Los códigos con su respectiva tarifa institucional para los procedimientos de banco de sangre, se detallan a continuación:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
30126H	TAMIZAJE E INMUNOTIPIFICACIÓN DE PROTEINAS POR CAPILARIDAD	16,85	438.791
30127H	ELECTROFORESIS CAPILAR DE HEMOGLOBINA	11,97	311.711

Art. 2, de la Resolución N° 00000369 del 24 de Julio de 2015

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios asistenciales, costo del procedimiento.

2. LABORATORIO ESPECIALIZADO DE HEMATOLOGÍA

Los códigos y tarifas institucionales para los procedimientos prestados en la Unidad de Hematología Especializada – Banco de Sangre de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
199992	RECUESTO DE RETICULOCITOS AUTOMATIZADO	0,78	20.312
902010H	PT CRUZADO	2,66	69.269
902011H	PTT CRUZADO	2,66	69.269
902047H	TIEMPO DE SANGRIA ESTANDARIZADO	1,13	29.426
902119H	PRUEBA NEUTRALIZACION DE PLAQUETAS	2,59	67.446
908307H	TEST DE SACAROSA	0,89	23.176

Art. 7, 8, de la Resolución N° 000450 del 21 de Diciembre de 2010

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
902050H	TROMBOELASTOGRAMA SIN HEPARINASA	8,26	215.099
902051H	TROMBOELASTOGRAMA CON HEPARINASA	12,11	315.357

Art. 1, de la Resolución N° 000488 del 21 de Septiembre de 2011

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
30113H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (LEUCEMIAS AGUDAS)	52,06	1.355.694
30114H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (LEUCEMIAS LINFOCITICAS AGUDAS)	44,99	1.171.585
30115H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (SINDROME LINFOPROLIFERATIVO)	43,51	1.133.044
30116H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (SINDROME MIELOPROLIFERATIVO).	55,73	1.451.265
30117H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (DISCRASIAS DE CELULAS PLASMATICAS)	29,47	767.428
30118H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (INFILTRACION LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO POR CELULAS NEOPLASICAS)	32,47	845.551
30119H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (CLASIFICACION DE ENFERMEDAD MINIMA RESIDUAL)	38,83	1.011.172
30120H	ESTUDIO DE CITOMETRIA DE FLUJO EN BIOPSIA (H.P.N. HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA)	8,70	226.557
30121H	HLA B27/B7	3,72	96.873
30122H	CELULAS MADRE CD 34 POSITIVAS	7,23	188.276

Art.1, de la Resolución N° 00000580 del 02 de Diciembre de 2013

PRUEBAS DE CITOMETRIA DE FLUJO:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
30123H	CLASIFICACION INMUNODEFICIENCIA (POBLACIONES LINFOCITOS T). RELACION CD3 - CD4 - CD8	9,80	255.202
30124H	CLASIFICACION INMUNODEFICIENCIA (LINFOCITOS B)	7,16	186.454
30125H	CLASIFICACION INMUNODEFICIENCIA (CELULAS NK)	7,30	190.099

Art.1, de la Resolución N° 00000322 del 25 de Agosto de 2014

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
30128H	ADQUISICIÓN Y ANÁLISIS DE MUESTRAS POR CITOMETRIA DE FLUJO	3,21	83.592
30129H	FIBRINOGENO FUNCIONAL CON HEPARINASA POR TROMBOELASTOGRAFIA	20,81	541.913
30130H	FIBRINOGENO FUNCIONAL SIN HEPARINASA POR TROMBOELASTOGRAFIA	15,24	396.865

Art.1, de la Resolución N° 0000231 del 06 de Abril de 2016

INCLUYE: Honorarios, insumos y reactivos requeridos para la toma de la muestra.

PROCEDIMIENTOS DE ESTUDIOS MOLECULARES PARA ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
30131H	ESTUDIO MOLECULAR DE NEOPLASIAS LINFOPROLIFERATIVAS	92,45	2.407.490
30132H	ESTUDIO MOLECULAR DE NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS	74,20	1.932.242
30133H	ESTUDIO MOLECULAR DE LEUCEMIAS AGUDAS	74,10	1.929.638
30134H	ESTUDIO MOLECULAR DE DISCRASIAS DE CELULAS PLASMATICAS	56,50	1.471.317
30135H	ESTUDIO MOLECULAR DE ENFERMEDAD MINIMA RESIDUAL	21,67	564.308

Art.2, de la Resolución N° 0000542 del 28 de Septiembre de 2017

Parágrafo: Se ofertan los estudios moleculares para la detección de anomalías cromosómicas en pacientes con neoplasias hematológicas y no hematológicas.

El grupo técnico – científico estableció la prestación del servicio a través de paneles o grupos de sondas para detectar la presencia o ausencia de las anomalías cromosómicas más frecuentes según el tipo de neoplasia, con el fin de contribuir con el diagnóstico, pronóstico y seguimiento del paciente durante todo el ciclo de la enfermedad.

ESTUDIOS MOLECULARES DE GENES ESPECIFICOS PARA NEOPLASIAS HEMATOLOGICAS.

1. Estudio molecular de Neoplasias Linfoproliferativas: incluye el estudio de neoplasia linfoproliferativa crónica tipo Leucemia Linfoide Crónica, Linfoma No Hodgkin, Linfoma B agresivo.
2. Estudio molecular de Neoplasias Mieloproliferativas: incluye el estudio de Neoplasia Leucemia Mieloide Crónica, Síndrome Mielodisplásico, Leucemia Eosinofílica Crónica.
3. Estudio molecular de Discrasia de células plasmáticas: incluye el estudio de mieloma múltiple.
4. Estudio molecular para el seguimiento de enfermedad mínima residual de cualquier neoplasia hematológica o no hematológica: incluye una sonda. Se escoge la sonda que detecte la anomalía cromosómica más representativa en el diagnóstico inicial de la enfermedad.
5. Estudio molecular de Leucemias Agudas. Incluye el estudio de Leucemias Mieloide Agudas, Leucemias Linfoides Agudas (Leucemia Linfoide Aguda B y Leucemia Linfoide Aguda T).

ARTÍCULO ONCE: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN, son las siguientes:

RESOLUCION No. 159
14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
893600H	ELECTROMIOGRAFIA DE ESPINTER ANAL COD NSTITUCIONAL	2,73	71.092
930820H	ELECTROMIOGRAFIA EN CARA	7,80	203.120

Art.9, de la Resolución N° 000044 del 24 de Abril de 2009

ARTÍCULO DOCE: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DE NEUMOLOGÍA son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
90001H	RESISTENCIA DE VIAS AEREAS POR PLESTIMOGRAFIA SIMPLE	3,26	84.894
90002H	PRESION EXPIRATORIA E INSPIRATORIA MAXIMA DE PLESTIMOGRAFIA	6,98	181.766
90003H	VOLUMENES PULMONARES POR PLESTIMOGRAFIA SIMPLE	5,59	145.569
90004H	VOLUMENES PULMONARES POR PLESTIMOGRAFIA PRE Y POST BRONCODILATADORES	10,24	266.660
90005H	CAPACIDAD DE DIFUSION DE MONOXIDO DE CARBONO	5,59	145.569
90006H	PRUEBA DE EJERCICIO CARDIPULMONAR INTEGRADA	20,95	545.559

Art.5, de la Resolución N° 00000369 del 24 de Julio de 2015

INCLUYE: Derechos de sala, honorarios médico - asistenciales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37916H	FIBROBRONCOSCOPIA COMPLETA	21,88	569.777

Art.1, de la Resolución N° 00000542 del 24 de Noviembre de 2015

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37917H	EVALUACION FUNCIONAL FARINGOLARINGEA DE LA DEGLUSIÓN VÍA ENDOSCÓPICA (FEES)	17,49	455.457

Art.1, de la Resolución N° 00000461 del 20 de Septiembre de 2016

ARTÍCULO TRECE: El código con su respectiva tarifa institucional para el procedimiento de ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO, así:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
891402H	ELECTROENCEFALOGRAMA COMPUTARIZADO	2,41	62.759

Art.10, de la Resolución N° 000044 del 24 de Octubre de 2009

ARTÍCULO CATORCE: El código con su respectiva tarifa institucional para el procedimiento COLANGIODUODENO PANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (ERCP), es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
1008	COLANGIODUODENO PANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA (ERCP)	146,10	3.804.590

Art.3, de la Resolución N° 00000322 del 25 de Agosto de 2014

INCLUYE: Honorarios especialista y anestesiólogo, medicamentos, materiales, insumos y dispositivos utilizados en el procedimiento, Fluoroscopia.

f

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

ARTÍCULO QUINCE: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para los **PROCEDIMIENTOS DE ONCOLOGÍA**, son las siguientes:

1. RADIOTERAPIA

- a. Se detallan a continuación los códigos y tarifas institucionales para los procedimientos de radioterapia agrupados por paquetes, creados en razón a que no se encuentran contemplados como paquetes en el manual tarifario vigente (Decreto 2423 de 1996, Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1). Los códigos están ajustados a lo reglamentado en la Resolución 005171 de 12 de Diciembre de 2017 (Cups) del Ministerio de Salud y Protección Social, que permite redefinir el proceso de Radioterapia.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21647H	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL (Planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) TECNICA RADIOTERAPIA CONVENCIONAL	154,53	4.024.173
21648H	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES(Planeación computarizada bidimensional y simulación convencional)	88,10	2.294.277
21649H	TELETERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES(Planeación computarizada tridimensional y simulación virtual)	125,62	3.271.281

Art.1, de la Resolución N° 67 del 06 de Febrero de 2018

INCLUYE: Paquete que incluye: Honorarios médicos, Derechos de sala de tomógrafo, simulación, toma de tac de simulación, plan de tratamiento físico - médico, placa verificadora.

Parágrafo: En caso de requerirse medios de contraste, insumos de venopunción y máscaras inmovilizadoras, deberán facturarse por aparte.

- b. El procedimiento de braquiterapia ginecológica es un tratamiento especializado que utiliza una fuente radioactiva para controlar los tumores de estas localizaciones, el código y tarifa institucional es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21650H	BRAQUITERAPIA INTRACAVITARIA (Planeación computarizada tridimensional y simulación virtual) con alta tasa de dosis	96,56	2.514.440

Art.2, de la Resolución N° 67 del 06 de Febrero de 2018

INCLUYE: Paquete que incluye: Honorarios médicos de Radioterapeuta, físico médico, enfermeras, auxiliar de enfermería y tecnólogos en radioterapia, consulta pre braquiterapia con análisis de resultados de laboratorio, simulación realizada por arco en C, programación del tratamiento, salida de fuente radioactiva, y evaluación médica posterior a la terminación del tratamiento.

Parágrafo: Sobre estas tarifas se aplicará un descuento máximo del 15%, de acuerdo a la negociación que se realice con las diferentes Entidades responsables de Pago.

- c. El código institucional con su respectiva Tarifa Institucional para el procedimiento de irradiación de productos sanguíneos, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
911108H	IRRADIACION DE PRODUCTOS SANGUINEOS	13,23	344.527

Art.3, de la Resolución N° 67 del 06 de Febrero de 2018

f

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

- d. El procedimiento Diagnóstico de ganglio centinela con Radio marcación, se realiza en pacientes con cáncer, en el acto quirúrgico, utilizando un radio marcador como es el tecnecio 99. El código institucional con su respectiva Tarifa Institucional es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21651H	DIAGNOSTICO DE GANGLIO CENTINELA CON RADIOMARCACION	65,23	1.698.613

Art.4, de la Resolución N° 67 del 06 de Febrero de 2018

- e. El código institucional con su respectiva Tarifa Institucional para el procedimiento de simulación, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
33110	SIMULACION	8,85	230.463

Art.1, de la Resolución N° 000181 del 05 de Mayo de 2011

2. QUIMIOTERAPIA

- a. Los códigos con su respectiva tarifa institucional para los procedimientos de Quimioterapia, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
992501H	QUIMIOTERAPIA DE INDUCCION	67,01	1.745.007
992505H	POLQUIMIOTERAPIA DE ALTO RIESGO	22,42	583.839

Art.4, de la Resolución N° 000044 del 24 de Abril de 2009

- b. El código con su respectiva tarifa institucional para la inyección o infusión de modificadores de respuesta biológica, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
992506H	INYECCION O INFUSION DE MODIFICADORES RESPUESTA BIOLOGICA	30,08	783.313

Art.5, de la Resolución N° 000044 del 24 de Abril de 2009

- c. Los Códigos con su respectiva tarifa Institucional para los procedimientos de formulación y aplicación de medicamentos para tratamiento de cáncer, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21807H	MODIFICADORES DE RESPUESTA BIOLOGICA ORAL	11,31	294.524
21808H	HORMONOTERAPIA ORAL	11,31	294.524
21809H	HORMONOTERAPIA PARENTERAL	11,31	294.524

Art.1, de la Resolución N° 0000075 del 18 de Febrero de 2015

Parágrafo 1: Los Modificadores de respuesta biológica oral, corresponden a la formulación para la administración de medicamentos (vía oral) que van directamente al tumor para destruir células malignas según estudios especiales de los bloques de parafina.



RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

Este procedimiento incluye la valoración, planeación del tratamiento y seguimiento del paciente.

No incluye los medicamentos utilizados en el tratamiento con la periodicidad que el médico tratante lo considere.

Parágrafo 2: La hormonoterapia oral y parenteral es el manejo hormonal de las enfermedades tumorales hormono dependientes. (Cáncer de mama, próstata y endometrio, etc.). Incluye la valoración y formulación del tratamiento.

ARTÍCULO DIECISEIS: Derogar los siguientes códigos y tarifas Institucionales de los procedimientos de RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA, así:

- a. Derogar los Artículos Primero y Tercero de la Resolución N° 000044 del 24 de Abril de 2009, creados para el cobro de los procedimientos de radioterapia y de habitación de yodoterapia y/o braquiterapia; en razón, a que se hace necesario adoptar los nuevos códigos Cups dados por el Ministerio de Salud según Resolución 005171 de 12 de Diciembre de 2017, que permite redefinir el proceso de Radioterapia, por lo cual se crean nuevos códigos y tarifas institucionales para el cobro de estos procedimientos, incluidos en la Resolución No. 67 del 06 de Febrero de 2018.
- b. Derogar las Resoluciones 180 del 06 de Abril de 2001 y 181 del 05 de Mayo de 2011, las cuales contienen los códigos y tarifa Institucional para el cobro de SALIDA DE FUENTE DE RADIOISOTOPO IRIDIUM 192, teniendo en cuenta que se hace necesario adoptar los nuevos códigos Cups dados por el Ministerio de Salud según Resolución 005171 de 12 de Diciembre de 2017, que permite redefinir el proceso de Radioterapia, por lo cual se crean nuevos códigos y tarifas institucionales para el cobro de estos procedimientos, incluidos en la Resolución No. 67 del 06 de Febrero de 2018.
- c. Derogar el código institucional 992504H POLIQUIMIOTERAPIA DE BAJO RIESGO, detallado dentro de los procedimientos de quimioterapia del Artículo Cuarto de la Resolución N° 000044 del 24 de Abril de 2009, en razón a que se puede homologar al código 33602 POLIQUIMIOTERAPIA (CICLO COMPLETO DE TRATAMIENTO) CUALQUIER ESQUEMA DE PROTOCOLO, del Manual Tarifario SOAT Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1) vigente, siendo el valor de venta del manual tarifario superior a la tarifa Institucional.

ARTÍCULO DIECISIETE: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para los PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS, son las siguientes:

1. GINECOBSTETRICIA (UNIDAD MATERNO FETAL – ECOGRAFÍAS – SALA DE PARTOS)
 - a. Las siguientes son las tarifas institucionales para los servicios que se presten en la Unidad Materno Fetal:

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
26104F	VESICOCENTESIS FETAL	22,06	574.464
31126F	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON DETALLE ANATOMICO (ECOGRAFIA III NIVEL)	7,35	191.401
342000F	TORACOCENTESIS FETAL	22,06	574.464
37901F	DERIVACION VESICOAMNIOTICA	73,52	1.914.534
37902F	DERIVACION TORACOAMNIOTICA	73,52	1.914.534
37903F	ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL	3,38	88.019

Art.2, de la Resolución N° 000132 del 08 de Mayo de 2006

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37904F	AMNIOINFUSION TRANSABDOMINAL	14,18	369.261
37906F	AMNIOINFUSION TRANSCERVICAL	5,88	153.121

Art.5, de la Resolución N° 000450 del 21 de Diciembre de 2010

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
31130F	CORDOCENTESIS VIA PERCUTANEA (FETAL)	18,38	478.634

Art.6, de la Resolución N° 000450 del 21 de Diciembre de 2010

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
12112F	AMNIOCENTESIS DIAGNOSTICA	15,59	405.979
11705F	TRANSFUSION FETAL INTRAUTERINA	49,54	1.290.071
37905F	AMNIOREDUCCIÓN	17,69	460.665

Art.2, de la Resolución N° 00000542 del 24 de Noviembre de 2015

El procedimiento **DOPPLER DE INSERCIÓN PLACENTARIO** sirve para descartar acretismo Placentario, patología muy severa que si no se diagnostica a tiempo aumenta la probabilidad de muerte materna y ha aumentado la frecuencia a medida que aumentan las cesáreas.

El **DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS** es importante para hacer predicción temprana de Preeclampsia y restricción del crecimiento del feto.

La **NEUROSONOGRAFÍA** este procedimiento permite hacer un diagnóstico exacto de patología cerebral en el feto, debido al incremento del conocimiento de la patología cerebral y adicionalmente con la expansión del SIKA y su probable asociación con problemas fetales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
31124H	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS	5,38	140.101
31125H	ECOGRAFIA DOPPLER OBSTETRICA CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	5,38	140.101
31126H	ECOCARDIOGRAFIA FETAL	20,62	536.965
31127H	NEUROSONOGRAFIA FETAL	7,35	191.401

Art.1, de la Resolución N° 00000149 del 15 de Febrero de 2016

Parágrafo: Los procedimientos se realizarán en la Unidad Materno Fetal.

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

- b. Los códigos y tarifas institucionales para las ecografías realizadas en Ginecología, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
11479	CERVICOMETRIA O LONGITUD CERVICAL	3,43	89.321
31115	PERFIL BIOFISICO	4,03	104.945
881410	ULTRASONOGRAFIA PELVICA GINECOLOGICA: HISTEROSONOGRAFIA O HISTEROSALPINGOSONOGRAFIA (203)	4,53	117.966

Art.3, de la Resolución N° 000215 de 2008

- c. Los códigos y tarifas institucionales para procedimientos realizados en sala de partos, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37907F	DILATACION Y CURETAJE DEL MUNON CERVICAL	12,97	337.752
37115	ANALGESIA OBSTETRICA	11,20	291.659
37908F	RETIRO MATERIAL DE CERCLAJE DE CUELLO UTERINO VIA VAGINAL	5,56	144.788

Art.5, de la Resolución N° 000450 de Diciembre 21 de 2010

2. CIRUGÍA PLÁSTICA (Curaciones)

Los códigos institucionales con su respectiva tarifa Institucional para procedimientos realizados en la Unidad de QUEMADOS Y CIRUGIA PLASTICA, creadas en razón a que la tarifa definida en los manuales tarifarios está por debajo de los costos, y para el caso de la ESE HUS por el nivel de complejidad se hace necesario clasificar las curaciones por su extensión, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37912H	CURACIONES GRANDES	7,91	205.984
37913H	CURACIONES MEDIANA	2,93	76.300
37914H	CURACIONES PEQUEÑAS	2,10	54.688

Art.4, de la Resolución N° 00000542 de Noviembre 24 de 2015

INCLUYE: Material de curación.

NO INCLUYE: Las cremas, medicamentos y apósitos especiales para curación ambulatoria, los cuales deben ser suministrados por el paciente.

ARTÍCULO DIECIOCHO: Los códigos con su respectiva tarifa institucional para las INTERCONSULTAS DE SUB-ESPECIALIDADES que se realizan en la ESE HUS, se relacionan a continuación:



RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
39140H-1	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-2	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	3,07	80.000
39140H-3	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-4	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	3,07	80.000
39140H-5	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-6	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	3,07	80.000
39140H-7	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-8	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-9	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	3,07	80.000
39140H-10	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	3,07	80.000
39140H-11	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	3,07	80.000
39140H-12	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	3,07	80.000
39140H-13	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA	3,07	80.000
39140H-14	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	3,07	80.000
39140H-15	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	3,07	80.000
39140H-16	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	3,07	80.000
39140H-17	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN MASTOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-18	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA VASCULAR	3,07	80.000
39140H-19	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA	3,07	80.000
39140H-20	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-21	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-22	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-23	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	3,07	80.000
39140H-24	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-25	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-26	PERINATOLOGÍA	3,07	80.000
39140H-27	ORTOPEDIA ONCOLÓGICA	3,07	80.000
39140H-28	GINECO - ONCOLOGÍA	3,07	80.000

Art.5, de la Resolución N° 67 de Febrero 06 de 2018

CAPÍTULO IV

SERVICIOS AMBULATORIOS

ARTÍCULO DIECINUEVE: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para los servicios ambulatorios se detallan a continuación:

1. MADRE CANGURO

Los códigos con su respectiva tarifa institucional para el PROGRAMA MADRE CANGURO en sus diferentes fases, son los siguientes:

FASE I: Corresponde a la atención prestada al recién nacido, desde que le dan egreso del servicio de Recién Nacidos hasta que cumple las 40 semanas postconcepcionales y/o 2500 gramos de peso.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
11481H	PROGRAMA MADRE CANGURO FASE I	54,66	1.423.401

Art.11, de la Resolución N° 000044 de Abril 24 de 2009

+

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

FASE II: Corresponde a la atención prestada al recién nacido desde las 40 semanas postconcepcionales y/o 2500 gramos de peso, hasta completar los doce meses de edad corregida.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
11484H	PROGRAMA MADRE CANGURO FASE II - CON TERAPIAS FISICAS Y OCUPACIONALES	65,10	1.695.269
11485H	PROGRAMA MADRE CANGURO FASE II SIN TERAPIAS FISICAS Y OCUPACIONALES	49,34	1.284.863

Art.4, de la Resolución N° 000451 de Diciembre 21 de 2010

A continuación se presenta el resumen de lo que se incluye en cada fase del programa de madre canguro:

DESCRIPCIÓN	FASE I		FASE II Con Terapias		FASE II Sin Terapias	
	CANT.		CANT.		CANT.	
CONSULTAS						
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	14	X	7	X	7	X
PSICOLOGÍA	10	X	7	X	7	X
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	1	X				
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OPTOMETRÍA	1	X	1	X	1	X
EDUCACION						
SESIÓN DE EDUCACION INDIVIDUAL - COLECTIVA	10	X	7	X	7	X
MEDICAMENTOS - COMPLEMENTO NUTRICIONAL						
HIERROSO SULFATO GOTAS 20 ML	1	X	4	X	4	X
VITAMINA E TAB X 100 U.I	1	X				
VITAMINAS ASOCIADAS FCO X 10 ML	1	X				
FITOMENADIONA-VITAMINA K1 AMP X 1MG/0.5 ML	1	X				
FITOMENADIONA AMP X 2 MG	3	X				
CALCIO + VITAMINA D SUSP 300 MG 100 U.I	1	X				
FORMULA PARA PREMATUROS FRASCO X 60ML	15	X				
PROCEDIMIENTOS						
ECOGRAFIA CEREBRAL	1	X				
OXIMETRIA DE PULSO	2	X	2	X	2	X
GLUCOMETRIA	2	X	1	X	1	X
BILIRRUBINA	2	X				
POTENCIALES EVOCADOS			1	X	1	X
TERAPIA FISICA			12	X		
TERAPIA OCUPACIONAL			12	X		
RADIOGRAFIA DE CADERA			1	X	1	X
INSUMOS						
FAJAS TALLA L	1	X				
REFRIGERIO MADRE CANGURO						
REFRIGERIO	10	X	10	X	10	X

2. CONSULTA EXTERNA – GINECOBSTETRICIA

Los códigos con su respectiva tarifa Institucional para procedimientos realizados en consulta externa, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37909H	COLPOSCOPIA	4,38	114.060
37910H	COLPOSCOPIA BIOPSIA MAS ESTUDIO HISTOPATOLOGICO	6,98	181.766

Art.3, de la Resolución N° 0000542 de Noviembre 24 de 2015

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

3. CONSULTA EXTERNA – OFTALMOLOGÍA

El código con su respectiva tarifa Institucional para procedimiento de Oftalmología, realizado en consulta externa, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
37911H	CURVA DE PRESIÓN INTRAOCULAR	6,90	181.766

Art.3, de la Resolución N° 00000542 de Noviembre 24 de 2015

4. CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Los códigos y tarifas institucionales para las consultas ambulatorias de medicina especializada que se prestan en la ESE HUS, se asignaron previo estudio de costos realizado, para lo cual se establecen tres tarifas:

La primera corresponde a SOAT PLENO VIGENTE (por manual) Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1):

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
39143	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	1,73	45.052

La segunda tarifa institucional SOAT + 30% Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1), y la tercera tarifa institucional de acuerdo a la complejidad y costos de las consultas, así:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
39143A	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	2,25	58.592
39143B	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA	4,88	127.080

Art.1, de la Resolución N° 00000240 de Marzo 29 de 2017

Las consultas ambulatorias de medicina especializada que se incluyen en cada código asignado en el sistema se relacionan a continuación:



RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
39143-1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA	1,73	45.052
39143-2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1,73	45.052
39143-3	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA	1,73	45.052
39143-4	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL	1,73	45.052
39143A-1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	2,25	58.592
39143A-2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-3	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-4	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA VASCULAR	2,25	58.592
39143A-5	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-6	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-7	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-8	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-9	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEFROLOGÍA	2,25	58.592
39143A-10	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA	2,25	58.592
39143A-11	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROCIROGÍA	2,25	58.592
39143A-12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLÓGICA	2,25	58.592
39143A-13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA	2,25	58.592
39143A-14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OFTALMOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	2,25	58.592
39143A-16	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA	2,25	58.592
39143A-18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA	2,25	58.592
39143A-20	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN GASTROENTEROLOGÍA	2,25	58.592
39143B-1	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA	4,88	127.080
39143B-2	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA	4,88	127.080
39143B-3	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA	4,88	127.080
39143B-4	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	4,88	127.080
39143B-5	PERINATOLOGÍA	4,88	127.080
39143B-6	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	4,88	127.080
39143B-7	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECO-ONCOLOGIA	4,88	127.080
39143B-8	UROLOGÍA PEDIÁTRICA	4,88	127.080
39143B-9	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA	4,88	127.080
39143B-10	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN NEONATOLOGÍA	4,88	127.080
39143B-11	UROLOGIA ONCOLOGICA	4,88	127.080
39143B-12	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA	4,88	127.080
39143B-13	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	4,88	127.080
39143B-14	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE TÓRAX	4,88	127.080
39143B-15	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	4,88	127.080
39143B-16	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA INFANTIL	4,88	127.080
39143B-17	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA	4,88	127.080
39143B-18	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GENÉTICA MÉDICA	4,88	127.080
39143B-19	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN HEPATOLOGÍA	4,88	127.080

Art.1, de la Resolución N° 0000316 de Agosto 22 de 2014

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

Se incluyen en el listado las consultas de las subespecialidades de Genética, Gastroenterología y Cirugía Hepatobiliar, las cuales no estaban relacionadas en la Resolución No. 00000240 del 29 de Marzo de 2017.

5. PRÓTESIS Y ÓRTESIS

a. Los códigos y tarifas institucionales para los procedimientos de prótesis son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
AGMO102T	SOCKET - DESARTICULACION DE CADERA	58,73	1.529.388
AGMO103T	SOCKET - PROTESIS TRANSFEMORAL	48,52	1.263.509
AGMO104T	SOCKET - DESARTICULACION DE RODILLA	45,89	1.195.021
AGMO105T	SOCKET - PROTESIS TRANSTIBIAL	44,18	1.150.491
AGMO106T	SOCKET - PROTECTOR DE MUÑON	15,25	397.125
AGMO107T	SOCKET - PROTESIS TIPO SYME	40,45	1.053.358
AGMO108T	SOCKET - PROTESIS MIEMBRO SUPERIOR BAJO CODO	43,15	1.123.669
AGMO109T	SOCKET - PROTESIS MIEMBRO SUPERIOR ARRIBA DE CODO	48,77	1.270.020
AGMO110T	SOCKET - DESARTICULADO DE CODO	50,53	1.315.852

Art.1, de la Resolución N° 000331 del 23 de Septiembre de 2009

b. Los códigos y tarifas institucionales para los procedimientos de órtesis, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
AGMO111T	ORTESIS UCBL SMO	9,36	243.744
AGMO112T	ORTESIS TOBILLO PIE (OTP)	11,87	309.107
AGMO113T	ORTESIS REACCION A PISO	12,52	326.033
AGMO114T	ORTESIS TOBILLO PIE ARTICULADO (OTPA)	12,13	315.877
AGMO115T	ORTESIS RODILLA TOBILLO PIE (ORTP)	25,67	668.472
AGMO116T	ORTESIS CADERA RODILLA TOBILLO PIE (OCRTP)	29,41	765.866
AGMO119T	ORTESIS SEDESTACION	35,44	922.893
AGMO120T	ORTESIS TORACOLUMBOSACRO (ESCOLIOSIS)	30,01	781.490
AGMO121T	ORTESIS TORACOLUMBOSACRO POR FRACTURA	27,08	705.190
AGMO122T	ORTESIS LUMBOSACRO	18,97	493.998
AGMO123T	BRA CE DE HUMERO	14,33	373.168
AGMO124T	BRA CE FUNCIONAL DE CODO	15,27	397.646
AGMO125T	BRA CE DE FEMUR	16,52	430.197
AGMO126T	BRA CE DE TIBIA	15,99	416.396
AGMO127T	BRA CE FUNCIONAL DE RODILLA	19,78	515.091

Art.2, de la Resolución N° 000331 del 23 de Septiembre de 2009

Parágrafo: Las tarifas del literal a y b (procedimientos de prótesis y órtesis respectivamente) no incluyen componentes ni accesorios, para los cuales se incrementará el 15% al precio de compra. (Art. 4, de la Resolución N° 000331 del 23 de Septiembre de 2009)

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

- c. Los códigos y tarifas institucionales para los procedimientos de férulas, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
AGMO117T	FERULA MILLGRAM		
AGMO118T	FERULA FREDIKA	13,36	347.908
AGMO128T	FERULA DINÁMICA LESION GLOBAL	3,72	96.873
AGMO132T	FERULA TUNEL DEL CARPO	7,19	187.235
AGMO134T	FERULA BARRA EN C	4,87	126.820
		4,11	107.029

Art.3, de la Resolución N° 000331 del 23 de Septiembre de 2009

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
AGMO133T	FERULA POSICION FUNCIONAL	9,48	246.869
AGMO129T	FERULA LESION CUBITAL	3,85	100.258
AGMO130T	FERULA DE KLEINERT	6,90	179.683
AGMO131T	FERULA DINÁMICA RADIAL	7,96	207.286

Art.6, de la Resolución N° 0000542 del 24 de Noviembre de 2015

- d. Los Códigos y tarifas institucionales para los Paquetes de Prótesis, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
AGMO135T	PAQUETE ORTESIS Y PRÓTESIS	157,52	4.101.978
AGMO136T	PAQUETE PRÓTESIS TRANSFEMORAL	140,30	3.653.552
AGMO137T	PAQUETE PRÓTESIS DESARTICULACION DE RODILLA	133,21	3.468.922
AGMO138T	PAQUETE PRÓTESIS TRANSTIBIAL	138,37	3.551.211
AGMO139T	PAQUETE PRÓTESIS PROTECTOR DE MUJON TRANSTIBIAL	45,05	1.173.147
AGMO140T	PAQUETE PRÓTESIS TIPO SYME	127,09	3.309.551
AGMO141T	PAQUETE PRÓTESIS DE MIEMBRO SUPERIOR BAJO CODO	124,25	3.235.594
AGMO142T	PAQUETE PRÓTESIS MIEMBRO SUPERIOR ARRIBA DE CODO	147,79	3.848.599
AGMO143T	PAQUETE PRÓTESIS DESARTICULADO DE CODO	132,74	3.456.682
AGMO144T	PAQUETE INTEGRAL PRÓTESIS TRANSFEMORAL DE CONTENCIÓN ASIÁTICA Y SOCKET BALNDO DE THERMOLYN	442,66	11.527.309

Art.1, de la Resolución N° 000199 del 18 de Junio de 2010

Parágrafo: Las tarifas Institucionales para los paquetes de Prótesis comprenden los siguientes servicios:

1. Valoración pre y post protésico por el técnico de órtesis y prótesis.
2. Valoración pre y post protésico en Junta Médica por el médico fisiatra.
3. Elaboración del Socket.
4. Doce (12) sesiones de terapia física.
5. No incluye componentes ni accesorios, estos se facturarán adicionalmente. Los componentes y accesorios, se facturarán con un incremento del 60% al precio de compra.
6. Están incluidos los componentes en el paquete integral – prótesis transfemoral de contención asiática y socket blando de Thermolyn.

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CAPÍTULO V

OTROS SERVICIOS

ARTÍCULO VEINTE: Las tarifas y códigos institucionales establecidas por la ESE HUS para los servicios de **ALIVIO AL DOLOR** se detallan a continuación:

- a. Los códigos y tarifas institucionales para los procedimientos de Alivio al Dolor que se realizarán utilizando el angiógrafo, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
38136H	SIMPATECTOMIA LUMBAR O CERVICAL (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38137H	BLOQUEO DE FACETA CERVICAL-LUMBAR O TORÁCICA (CON ANGIOGRAFO)	64,88	1.689.540
38138H	BLOQUEO DE PLEXO BRANQUIAL (CON ANGIOGRAFO)	42,37	1.103.357
38139H	BLOQUEO SIMPÁTICO REGIONAL (CON ANGIOGRAFO)	55,33	1.440.849
38140H	BLOQUEO PARACERVICAL BILATERAL (CON ANGIOGRAFO)	55,33	1.440.849
38141H	INSERCIÓN CATÉTER PERIDURAL O SUBDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA (CON ANGIOGRAFO)	71,34	1.857.765
38142H	NEUROLISIS NERVIOS DE LA MANO (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38143H	NEUROLISIS NERVIOS EN DEDO DE MANO (UNO A DOS) (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38144H	NEUROLISIS DE NERVIOS EN BRAZO (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38145H	NEUROLISIS DE NERVIOS EN ANTEBRAZO (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38146H	NEUROLISIS DE PLEXO BRAQUIAL (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38147H	NEUROLISIS DE PLEXO CERVICAL (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38148H	NEUROLISIS DE PLEXO TORAXICO (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38149H	NEUROLISIS DE PLEXO LUMBAR (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38150H	NEUROLISIS DE PLEXO CELIACO (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38151H	NEUROLISIS DE NERVIOS DE MUSLO (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38152H	NEUROLISIS EN NERVIOS DE LA PIERNA (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38153H	NEUROLISIS DE RAÍCES ESPINALES (CON ANGIOGRAFO)	104,17	2.712.691
38154H	NEUROLISIS DE GANGLIO SIMPÁTICO PRESACRO (GANGLIO IMPAR DE WALTER) (CON ANGIOGRAFO)	97,31	2.534.050
38155H	LISIS RESECCIÓN DE ADHERENCIAS EXTRADURALES EN LA MEDULA ESPINAL Y RAÍCES Y NERVIOS ESPINALES (CON ANGIOGRAFO)	184,43	4.802.742
38156H	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS DE ESTIMULACIÓN ESPINAL POR VÍA PERCUTÁNEA (PRUEBA) (CON ANGIOGRAFO)	170,79	4.447.542
38157H	IMPLANTACIÓN DE ELECTRODOS DE ESTIMULACIÓN ESPINAL POR VÍA PERCUTÁNEA (DEFINITIVO) (CON ANGIOGRAFO)	238,97	6.223.018
38158H	VERTEBROPLASTIA	340,26	8.860.711

Art.1, de la Resolución N° 0000316 de Agosto 22 de 2014

INCLUYE: Honorarios y Derechos de Sala.

- b. Los códigos con su respectiva tarifa Institucional para los Procedimientos de **ALIVIO AL DOLOR**, son los siguientes:

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
38159H	BLOQUEO DE NERVIOS PERIFÉRICOS (INYECCIÓN DE ANESTESIA DENTRO DE NERVIOS PERIFÉRICOS CON FINES ANALGÉSICOS)	11,60	302.076
38160H	INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR, BOLSA SINOVIAL, LIGAMENTOSA, NEUROMA O PUNTO GATILLO	9,12	237.494
38161H	RETANQUEO DE BOMBA DE INFUSIÓN IMPLANTABLE	30,90	804.667
38162H	COLOCACIÓN CATÉTER SUBCUTÁNEO	6,65	173.173
38163H	INSERCIÓN CATÉTER PERIDURAL O SUBDURAL EN CANAL ESPINAL PARA INFUSIÓN DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA ANALGÉSICA	33,44	870.811
C40106AD	TRATAMIENTO INTEGRAL DEL DOLOR POR PACIENTE	48,01	1.250.228
039002AD	INSERCIÓN DE CATÉTER EPIDURAL EN CANAL ESPINAL CON PUERTA DE ENTRADA IMPLANTABLE PARA INFUSIÓN DE (CON ANGIÓGRAFO)	66,70	1.736.935
032301AD	LESIÓN DE TRACTO DE ENTRADA DE RAÍCES POSTERIORES POR RADIOFRECUENCIA	126,71	3.299.655

Art.2, de la Resolución N° 0000316 de Agosto 22 de 2014

INCLUYE: Honorarios y Derechos de Sala.

ARTÍCULO VEINTIUNO: Los códigos con su respectiva tarifa institucional para los procedimientos de TERAPIAS DIALÍTICAS CONTINUAS, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
24001H	HEMODIFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA DE 0 - 24 HORAS	194,07	5.053.777
24002H	HEMODIFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA DE 25 - 48 HORAS	277,25	7.219.867
24003H	HEMODIFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA DE LA HORA 49 A LA 72 HORAS (Costo adicional).	83,17	2.165.830

Art.1, de la Resolución N° 0000426 de Agosto 29 de 2016

ARTÍCULO VEINTIDOS: La tarifa y código institucional establecida por la ESE HUS para la Terapia Integral con ÓXIDO NÍTRICO por hora, es la siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
29122	TERAPIA INTEGRAL CON ÓXIDO NÍTRICO X HORA	10,20	265.618

Art.6, de la Resolución N° 000044 de Abril 24 de 2009

ARTÍCULO VEINTITRES: El código y tarifa institucional de la GLUCOMETRÍA en los diferentes servicios, será la siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
19992	GLUCOMETRÍA	0,24	6.250

Art.11, de la Resolución N° 000450 de Diciembre 21 de 2010

ARTÍCULO VEINTICUATRO: El código y Tarifa institucional para el procedimiento SUPLENCIA HEMATÍNICA PARENTERAL, es el siguiente:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
19996	SUPLENCIA HEMATÍNICA PARENTERAL Y OTROS	2,18	56.769

Art.9, de la Resolución N° 000450 de Diciembre 21 de 2010

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

ARTÍCULO VEINTICINCO: Los códigos y tarifas institucionales creadas para el cobro del **MANEJO INTEGRAL DEL MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS POR GRUPO QUIRÚRGICO**, que corresponde al almacenamiento, esterilización, alistamiento y control del material de osteosíntesis suministrado por las diferentes Entidades Responsables de Pago, son los siguientes:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21800H	MANEJO INT. MOT - GRUPO QUIRURGICO (2-6)		
21801H	MANEJO INT. MOT - GRUPO QUIRURGICO (7-10)	4,66	121.351
21802H	MANEJO INT. MOT - GRUPO QUIRURGICO (11-13)	13,97	363.793
21803H	MANEJO INT. MOT - GRUPO QUIRURGICO (20-23)	23,28	606.234
		37,25	970.027

Art.2, de la Resolución N° 00000075 de Febrero 18 de 2015

ARTÍCULO VEINTISEIS: Los códigos con su respectiva tarifa Institucional creados para los procedimientos realizados en Quirófanos de **EXPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS POR HORAS**, teniendo en cuenta que en la normatividad vigente (Decreto 2493 de 2004 - Resolución 2640 del 2005), "...es obligación de las IPS realizar la notificación de donantes potenciales..." y que la ESE HUS dispone de las condiciones de infraestructura, dotación, recurso humano y dotación necesaria que puede generar donantes de componentes anatómicos para trasplante o implante, permitiendo a las IPS efectuar el cobro de estos servicios, se detallan a continuación:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
21832H	PROCEDIMIENTO DE EXPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS (2 HORAS)	107,08	2 788.470
21833H	PROCEDIMIENTO DE EXPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS - HORAS ADICIONALES (POR HORA)	30,46	793.209
21834H	PROCEDIMIENTO DE EXPLANTE DE TEJIDOS (POR HORA)	15,23	396.604

Art.2, de la Resolución N° 00000231 de Abril 06 de 2016

Parágrafo 1: El primer código comprende las dos horas iniciales del uso de la sala para el procedimiento de explante de órganos sólidos, el recurso humano de la ESE HUS que participe en el procedimiento, materiales e insumos no facturables y los derechos de sala.

Parágrafo 2: El segundo código comprende las horas adicionales que se requieran en el procedimiento de extracción de órganos sólidos.

Parágrafo 3: El tercer código aplica para el procedimiento de explante de tejidos.

ARTÍCULO VEINTISIETE: Establecer las tarifas teniendo en cuenta el portafolio de servicios y la relación contractual que se tiene con los clientes para prestar un servicio de salud integral y eficiente en el transporte terrestre en **AMBULANCIA**.

Con el fin de precisar el ámbito de acción, se presentan las siguientes definiciones:

Trasporte primario: es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención pre hospitalaria.



RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

Trasporte secundario: es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. Este aplica a la atención pre hospitalaria.

Ambulancia básica: Unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención prehospitalaria. Debe tener una camilla principal con sistema de anclaje, camilla secundaria, tabla espinal corta, tabla espinal larga, camilla tipo cuchara, millar o camilla de vacío, silla de ruedas, sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de 6 metros cúbicos, equipo de radiocomunicaciones, sistema sonoro de alerta vial adicional al pito o bocina.

Ambulancia medicalizada: Unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por médico entrenado, enfermera, auxiliar o tecnólogo en atención prehospitalaria. Debe contenerlo de la ambulancia básica más laringoscopios adultos y pediátricos con hojas rectas y curvas, respirador o ventilador de transporte, volumen, presión o mixtos con dos circuitos respiratorios estériles, monitor de electrocardiografía con desfibrilador portátil, oxímetro, sistema electrónico de control de infusión y glucómetro.

El Anexo 2 "Lista Tabular" Resolución CUPS 5171/2017 indica lo siguiente:

SERVICIOS DE TRASLADO [TRANSPORTE] DE PACIENTES (AMBULANCIA).

Incluye. Utilización de la unidad móvil (vehículo), recursos humanos y técnicos calificados, dotación básica y requisitos mínimos, para el transporte exclusivo de pacientes, según la reglamentación vigente de requisitos esenciales y la NORMA TÉCNICA COLOMBIANA NTC 3729 DEL 30 DE MAYO DE 2001.

SERVICIO DE TRASLADO BÁSICO DE PACIENTES [TAB]

INCLUYE. Los requerimientos mínimos de recurso humano y dotación específica de acuerdo a reglamentación vigente unidad móvil destinada al traslado de pacientes cuyo estado real o potencial no precisen cuidado asistencial especializado durante el transporte.

SERVICIO DE TRASLADO MEDICALIZADO DE PACIENTES [TAM]

INCLUYE. Los requerimientos mínimos de recurso humano y dotación específica de acuerdo a reglamentación vigente unidad móvil destinada al traslado de pacientes cuyo estado potencial es de alto riesgo y requieren equipamiento, material y personal especializado durante el transporte; las hay para adultos, neonatales y mixtas.

- a. Los códigos y tarifas institucionales para el transporte de pacientes dentro del área metropolitana de Bucaramanga, se aplicarán los siguientes, utilizando la codificación CUPS (Resolución 5171 de 2017):

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
S31301	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, PRIMARIO	5,54	144.267
S31302	TRASLADO TERRESTRE BÁSICO DE PACIENTES, SECUNDARIO	11,08	288.534
S33301	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, PRIMARIO	6,94	180.725
S33302	TRASLADO TERRESTRE MEDICALIZADO DE PACIENTES, SECUNDARIO	12,47	324.731

NOTA: Se ajustan los códigos y la descripción de la tarifa creada mediante Resolución de Tarifas Institucionales No. 000450 de 21 de diciembre de 2010 de la ESE HUS, teniendo en cuenta la codificación y descripción planteada en la Resolución 5171 de 2017 (CUPS) del Ministerio de Salud y Protección Social.

- b. Cuando se requiera el traslado de pacientes fuera del área metropolitana de Bucaramanga (Intermunicipal o Interdepartamental), se aplicarán las siguientes tarifas:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA
S32307	AMBULANCIA TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (TAB) POR KILOMETRO	0,19	4.948
S33307	AMBULANCIA TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO (TAM) POR KILOMETRO	0,22	5.729

Parágrafo 1: El valor establecido en la tabla anterior corresponde al valor por kilómetro y de acuerdo al tipo de ambulancia utilizada en el traslado.

Parágrafo 2: Para la liquidación del servicio de transporte en ambulancia se tendrán en cuenta los siguientes promedios de kilometraje entre la ciudad de Bucaramanga y los diferentes municipios del Departamento de Santander, cuyo referido se aprecia en el cuadro que se detalla a continuación:

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

No.	Municipio	Kilómetros	Provincia	No.	Municipio	Kilómetros	Provincia
1	California	51	SOTO	43	Socorro	120	COMUNERA
2	Charta	38	SOTO	44	Confinés	138	COMUNERA
3	El Playón	48	SOTO	45	Contratación	192	COMUNERA
4	Lebrija	20	SOTO	46	Chima	146	COMUNERA
5	Los Santos	58	SOTO	47	El Guacamayo	171	COMUNERA
6	Matanza	38	SOTO	48	Galán	104	COMUNERA
7	Rionegro	24	SOTO	49	Gámbita	202	COMUNERA
8	Santa Bárbara	62	SOTO	50	Guadalupe	173	COMUNERA
9	Sabana de Torres	113	SOTO	51	Guapota	152	COMUNERA
10	Surata	46	SOTO	52	Hato	137	COMUNERA
11	Tona	34	SOTO	53	Oiba	150	COMUNERA
12	Vetas	82	SOTO	54	Palmar	131	COMUNERA
13	San Gil	98	GUANENTA	55	Palmas del Socorro	130	COMUNERA
14	Araloca	71	GUANENTA	56	Santa H. del Opon	237	COMUNERA
15	Banchara	121	GUANENTA	57	Simacota	135	COMUNERA
16	Cabrera	121	GUANENTA	58	Suaita	186	COMUNERA
17	Cepitá	67	GUANENTA	59	Vélez	231	VELEZ
18	Coromoro	152	GUANENTA	60	Albanía	318	VELEZ
19	Cunil	92	GUANENTA	61	Barbosa	213	VELEZ
20	Charalá	135	GUANENTA	62	Bolívar	288	VELEZ
21	Encino	165	GUANENTA	63	Cimitarra	202	VELEZ
22	Jordan	95	GUANENTA	64	Chipatá	241	VELEZ
23	Mogotes	128	GUANENTA	65	El Peñón	270	VELEZ
24	Ocamonte	133	GUANENTA	66	Florián	275	VELEZ
25	Onzaga	173	GUANENTA	67	Guavatá	238	VELEZ
26	Páramo	117	GUANENTA	68	Guepsa	202	VELEZ
27	Pinchote	104	GUANENTA	69	Jesús María	242	VELEZ
28	San Joaquín	154	GUANENTA	70	La Aguada	209	VELEZ
29	valle de San José	113	GUANENTA	71	La Belleza	278	VELEZ
30	Villanueva	118	GUANENTA	72	Landázuri	232	VELEZ
31	Málaga	154	GARCIA ROVIRA	73	La Paz	223	VELEZ
32	Capitanejo	188	GARCIA ROVIRA	74	Puente Nacional	224	VELEZ
33	Carcasí	193	GARCIA ROVIRA	75	Puerto Parra	166	VELEZ
34	Cerrito	176	GARCIA ROVIRA	76	San Benito	112	VELEZ
35	Concepción	186	GARCIA ROVIRA	77	Sucre	299	VELEZ
36	Enciso	173	GARCIA ROVIRA	78	Barrancabermeja	115	MARES
37	Guaca	91	GARCIA ROVIRA	79	Betulia	91	MARES
38	Macaravita	217	GARCIA ROVIRA	80	El Carmen de Chucurí	157	MARES
39	Molagavita	139	GARCIA ROVIRA	81	Puerto Wilches	143	MARES
40	San Andrés	104	GARCIA ROVIRA	82	San Vicente	86	MARES
41	San José de Miranda	106	GARCIA ROVIRA	83	Zapotoca	68	MARES
42	San Miguel	208	GARCIA ROVIRA				

Fuente: Aplicación WAZE - GPS Marzo 06 de 2018

ARTÍCULO VEINTIOCHO: Derojar el Artículo Segundo de la Resolución N° 000167 del 26 de Mayo de 2009, PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON VIH/SIDA, paquetes que no se están ofertando por parte de la ESE HUS.

ARTÍCULO VEINTINUEVE: Derojar el Artículo Décimo de la Resolución N° 000450 del 21 de Diciembre de 2010, ATENCIÓN DOMICILIARIA "HUS EN SU HOGAR", teniendo en cuenta que estos servicios no están siendo ofertados por la ESE HUS.

ARTÍCULO TREINTA: Derojar la Resolución No. 00000161 del 23 de Febrero de 2016, con la cual se creaba código y tarifa institucional para el paquete CHEQUEO EJECUTIVO para el personal de planta de la ESE HUS, creado dentro del subprograma de Medicina preventiva y del Trabajo en la vigencia 2016, lo cual tenía asignada disponibilidad presupuestal y fue ejecutado dentro de la vigencia.

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

ARTÍCULO TREINTA Y UNO: Derogar la Resolución No. 000291 del 13 de Abril de 2009, con la cual se creaba código y tarifa institucional para el procedimiento de GENITOGRAFÍA, en razón a que este procedimiento existe en el Manual Tarifario SOAT (Decreto 2423 de 1996) y había sido creado para cobrar los servicios ofertados en tarifa ISS teniendo en cuenta que no se encuentra contemplado en el Acuerdo 256 de 2001.

CAPÍTULO VI

CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO - CIRUGÍA DE TÓRAX

ARTÍCULO TREINTA Y DOS: Los códigos con su respectiva tarifa Institucional para los procedimientos realizados en Quirófanos de CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO teniendo en cuenta los eventos atendidos de acuerdo al nivel de complejidad de la Institución, y con el fin de ampliar la oferta de servicios de esta especialidad y que la tarifa definida en los manuales está por debajo de los costos, no acordes con la complejidad de la cirugía por las nuevas tecnologías utilizadas, son los siguientes:

GRUPO	CÓDIGO	NOMBRE PROCEDIMIENTO	TARIFA	FACTOR SMLMV
	INSTITUCIONAL			
ALTA COMPLEJIDAD	39016	HONORARIOS CIRUJANO CABEZA Y CUELLO	8 498 220	326,34
ALTA COMPLEJIDAD	39017	HONORARIOS ANESTESIOLOGO	1 110 388	42,64
ALTA COMPLEJIDAD	39018	DERECHOS DE SALA	3 197 574	122,79
MEDIANA COMPLEJIDAD	39019	HONORARIOS CIRUJANO CABEZA Y CUELLO	3 965 784	152,29
MEDIANA COMPLEJIDAD	36020	HONORARIOS ANESTESIOLOGO	793 209	30,46
MEDIANA COMPLEJIDAD	39021	DERECHOS DE SALA	2 284 317	87,72

Art.1, de la Resolución N° 00000369 de Junio 30 de 2016

INCLUYE: Honorarios de cirujano de cabeza y cuello, Honorarios de anestesiólogo y derechos de sala.

Parágrafo 1: El primer Grupo comprende los procedimientos quirúrgicos considerados por el médico especialista como de **ALTA**.

Parágrafo 2: El segundo Grupo comprende los procedimientos quirúrgicos considerados por el médico especialista como de **MEDIANA**.

Parágrafo 3: El cobro de los honorarios del cirujano, anestesiólogo y los derechos de sala, se facturarán de acuerdo al grupo en el cual se encuentre clasificada la cirugía (ALTA O MEDIANA COMPLEJIDAD).

Parágrafo 4: Los medicamentos, materiales, insumos y/o dispositivos médicos, que se utilicen en los procedimientos quirúrgicos, se facturarán de acuerdo al consumo por cada cirugía, conforme a la cantidad utilizada y con las tarifas institucionales definidas por la ESE Hospital Universitario de Santander.

Parágrafo 5: Las cirugías clasificadas en el grupo de **ALTA COMPLEJIDAD** son cirugías múltiples y en muchos casos, además bilaterales. En las intervenciones múltiples que practique el cirujano de Cabeza y Cuello en un mismo acto quirúrgico, en igual o diferente vía de acceso, los servicios profesionales de éste, el anestesiólogo, y los derechos de sala, la tarifa clasificada en el grupo **ALTA COMPLEJIDAD** representa la tarifa total del acto quirúrgico.



RESOLUCION No. 15 9
14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

A continuación se detallan las cirugías de cabeza y cuello clasificadas de acuerdo a la complejidad:

GRUPO	CÓDIGO		NOMBRE PROCEDIMIENTO
	CUPS	INSTITUCIONAL	
ALTA COMPLEJIDAD	383201	080101	RESECCION DE MALFORMACION ARTERIOVENOSA DE CUERO CABELLUDO (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015201	080102	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DE CRANEO FOSA ANTERIOR POR VIA CRANEAL FACIAL ANTERIOR (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015203	080103	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DE CRANEO FOSA ANTERIOR POR VIA ANTEROLATERAL Y RINOTOMIA LATERAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015204	080104	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DE CRANEO FOSA ANTERIOR POR VIA TRANSZIGOMATICA Y TRANSPALATAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015302	080105	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DE CRANEO FOSA MEDIA ABORDAJE TRANSMAXILAR (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015306	080106	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DE CRANEO FOSA MEDIA POR VIA SUBTEMPORAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015202	080107	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DE CRANEO FOSA ANTERIOR POR LA VIA CRANEOFACIAL ANTEROLATERAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015304	080108	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DE CRANEO FOSA MEDIA POR VIA SUBTEMPORAL Y OSTEOTOMIA ZIGOMATICA (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015404	080109	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ,FOSA POSTERIOR,POR VIA TRANS ORAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	015405	080110	RESECCION DE TUMOR DE LA BASE DEL CRANEO ,FOSA POSTERIOR,POR VIA MAXILOTOMIA EXTENDIDA (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	398001	080111	RESECCION DE TUMOR GLOMICO CON EXTENSION EXTRATEMPORAL O CERVICAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	054101	080112	NEURORRAFIA DE TRONCO DE PLEJO BRAQUIAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	219107	080113	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE CAVUM VIA TRANSPALATINA (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	219006	080114	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL VIA TRANSORBITARIA (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	219007	080115	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR RINOTOMIA LATERAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	219008	080116	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE FOSA NASAL POR DESPEGAMIENTO FACIAL VIA SUBLABIAL DEGLOVIN (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	226208	080117	RESECCION DE LESION MALIGNA EN SENO MAXILAR POR MAXILECTOMIA SUPERIOR PARCIAL O MEDIAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	301105	080118	HEMILARINGECTOMIA HORIZONTAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	301109	080119	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	301111	080120	HEMILARINGECTOMIA VERTICAL AMPLIADA (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	303201	080121	LARINGECTOMIA TOTAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	303103	080122	LARINGOFARINGECTOMIA (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	317503	080123	RECONSTRUCCION TRAQUEAL O LARINGOTRAQUEAL TERMINOTERMINAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	293402	080124	FARINGOLARINGECTOMIA (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	295101	080125	FARINGOPLASTIA CON COLGAJO FARINGEO (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	293501	080126	RESECCION RADICAL DE OROFARINGE (TEJIDOS BLANDOS Y DUROS) POR TUMOR (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	404003	080127	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL DE CUELLO BILATERAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	302501	080128	REINERVACION DE LARINGE CON PEDICULO NEUROMUSCULAR (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	302301	080129	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON SUTURA Y/O ALAMBRE (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	302302	080130	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LARINGEA CON MINIPLACAS DE FIJACION INTERNA (DISPOSITIVO DE FIJACION U OSTEOSINTESIS). (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

GRUPO	CÓDIGO		NOMBRE PROCEDIMIENTO
	CUPB	INSTITUCIONAL	
ALTA COMPLEJIDAD	301201	080131	LINGUOTIDECTOMIA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	423204	080132	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL ESÓFAGO VIA CERVICAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	254001	080133	GLOSECTOMIA RADICAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	764301	080134	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON MATERIAL DE DISPOSITIVOS DE FIJACION. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	764302	080135	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	764304	080136	RECONSTRUCCION MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE OSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO, COLGAJO PEDICULADO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
ALTA COMPLEJIDAD	764402	080137	RESECCION TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	043001	080138	ANASTOMOSIS DE NERVIOS FACIALES. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	047108	080139	REPARACION DE NERVIOS FACIALES POR INTERPOSICION DE NERVIOS HIPOGLOSOS. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	047102	080140	REPARACION DE NERVIOS FACIALES POR ANASTOMOSIS TERMINO TERMINAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	056101	080141	EXPLORACION SUPRA E INFRACLAVICULAR DE PLEJO BRAQUIAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	040712	080142	RESECCION DE TUMOR DE PLEJO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	044203	080143	DESCOMPRESION NEUROVASCULAR DE NERVIOS IX Y X. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	770134	080144	RESECCION DE COSTILLA CERVICAL O SUPERNUMERARIA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	166001	080145	EXCENTRACION DE ORBITA CON EXCISION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	166001	080146	EXCENTRACION DE ORBITA CON EXTRACCION TERAPEUTICA DE HUESO ORBITAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	163103	080147	AURICULECTOMIA TOTAL O PARCIAL CON RESECCION PARCIAL O TOTAL DEL HUESO TEMPORAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	106202	080148	RECONSTRUCCION DE MEATO AUDITIVO EXTERNO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	107107	080149	RECONSTRUCCION DE PABELLON AURICULAR. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	226307	080150	MAXILOETMOIDECTOMIA ABIERTA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	302407	080151	ARITENOPEXIA VIA EXTERNA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	302405	080152	ARITENOEPGLOTOPLASTIA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	006201	080153	TIROIDECTOMIA RETROESTERNAL TOTAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	008101	080154	PARATIROIDECTOMIA TOTAL O PARCIAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	308001	080155	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMOECTOMIA) SIN ESCISION DE LA CAROTIDA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	308002	080156	RESECCION DE TUMOR DE CUERPO CAROTIDEO (QUEMOECTOMIA) CON ESCISION DE LA CAROTIDA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	404001	080157	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL DE CUELLO UNILATERAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	341401	080158	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	341402	080159	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DEL MEDIASTINO POR ESTERNOTOMIA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	203101	080160	PAROTIDECTOMIA DEL LOBULO SUPERIOR. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	203201	080161	PAROTIDECTOMIA TOTAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	203201	080162	PAROTIDECTOMIA TOTAL CONSERVADORA DEL VII PAR CRANEAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	300301	080163	INSERCIÓN DE MOLDE (PROTESIS O STENT) LARINGEO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	300401	080164	EXTRACCION DE MOLDE (PROTESIS O STENT) LARINGEO VIA EXTERNA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	317202	080165	CIERRE DE FISTULA TRAQUEO CUTANEA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	300201	080166	DILATACION DE LA LARINGE. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	319201	080167	DILATACION ENDOSCOPICA DE LA TRAQUEA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	300602	080168	INYECCION ENDOSCOPICA EN PLEGUE VOCAL LATERAL CON TEJIDO AUTOLOGO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	301401	080169	CORDECTOMIA VOCAL. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	300101	080170	RESECCION DE QUISTE VENTRICULAR VIA EXTERNA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	294001	080171	DILATACION DE NASOFARINGE. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

GRUPO	CÓDIGO		NOMBRE PROCEDIMIENTO
	CUPS	INSTITUCIONAL	
MEDIANA COMPLEJIDAD	078203	080172	ESCISION TOTAL DEL TIMO (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	423103	080173	DIVERTICULECTOMIA DEL ESOFAGO VIA CERVICAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	402500	080174	ESCISION DE HIGROMA QUISTICO DE CUELLO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	402600	080175	ESCISION DE LINFANGIOMA DE CUELLO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	252001	080176	RESECCION DE LENGUA EN CUÑA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	252501	080177	HEMIGLOSECTOMIA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	255001	080178	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTANEO O MUJOSO. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	763101	080179	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE MARGINAL (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	763102	080180	MANDIBULECTOMIA PARCIAL SIMPLE SEGMENTARIA. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)
MEDIANA COMPLEJIDAD	763104	080181	MANDIBULECTOMIA CON DESARTICULACION. (CIRUGIA CABEZA Y CUELLO)

ARTÍCULO TREINTA Y TRES: Los códigos con su respectiva tarifa Institucional para los procedimientos realizados en Quirófanos de **CIRUGÍA DE TÓRAX**, fueron creadas toda vez que no fue posible realizar su homologación con respecto a lo definido en los manuales tarifarios, teniendo en cuenta el uso de nuevas tecnologías no incluidas en los manuales vigentes y con el fin de ampliar la oferta de servicios de esta especialidad en lo que corresponde a procedimientos quirúrgicos, los cuales se detallan a continuación:

GRUPO	CÓDIGO		NOMBRE PROCEDIMIENTO	TARIFA	FACTOR SMLMV
	CUPS	INSTITUCIONAL			
GRUPO A	39033		HONORARIOS CIRUJANO DE TÓRAX	3.688.187	141,63
GRUPO A	39028		SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO	849.718	32,63
GRUPO A	39027		DERECHOS DE SALA	1.359.601	52,21
GRUPO A	39029		SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA	396.604	15,23
GRUPO B	39032		HONORARIOS CIRUJANO DE TÓRAX	3.161.377	121,40
GRUPO B	39028		SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO	849.718	32,63
GRUPO B	39027		DERECHOS DE SALA	1.359.601	52,21
GRUPO B	39029		SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA	396.604	15,23
GRUPO C	39031		HONORARIOS CIRUJANO DE TÓRAX	2.845.240	109,26
GRUPO C	39028		SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO	849.718	32,63
GRUPO C	39027		DERECHOS DE SALA	1.359.601	52,21
GRUPO C	39029		SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA	396.604	15,23
GRUPO D	39030		HONORARIOS CIRUJANO DE TÓRAX	2.634.568	101,17
GRUPO D	39028		SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO	849.718	32,63
GRUPO D	39027		DERECHOS DE SALA	1.359.601	52,21
GRUPO D	39029		SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA	396.604	15,23
GRUPO E	39026		HONORARIOS CIRUJANO DE TÓRAX	2.423.636	93,07
GRUPO E	39028		SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO	849.718	32,63
GRUPO E	39027		DERECHOS DE SALA	1.359.601	52,21
GRUPO E	39029		SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA	396.604	15,23
GRUPO F	39022		HONORARIOS CIRUJANO DE TÓRAX	790.344	30,35
GRUPO F	39024		SERVICIOS PROFESIONALES DEL ANESTESIÓLOGO	509.683	19,58
GRUPO F	39023		DERECHOS DE SALA	849.718	32,63
GRUPO F	39025		SERVICIOS PROFESIONALES DE AYUDANTÍA QUIRÚRGICA	283.326	10,88

Art.2, de la Resolución N° 00000369 de Junio 30 de 2016

INCLUYE: Honorarios de cirujano de tórax, Honorarios de anestesiólogo, derechos de sala, y ayudantía.

Parágrafo 1: Las cirugías de Tórax están clasificadas por grupos, para efectuar el cobro de los honorarios del cirujano de Tórax, Servicios Profesionales del anestesiólogo, derechos de sala, y Servicios Profesionales de Ayudantía Quirúrgica, según se detalla en la tabla anterior.

Los códigos para cada procedimiento quirúrgico de acuerdo a su clasificación se detallan a continuación:



RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

GRUPO	CÓDIGO		NOMBRE PROCEDIMIENTO
	CUPS	INSTITUCIONAL	
GRUPO A	315002	090119	RESECCION TRAQUEAL Y RECONSTRUCCION CON ANASTOMOSIS
GRUPO B	317305	090103	CIERRE DE FISTULA TRAQUESOFAGICA
GRUPO B	325102	090111	NEUMONECTOMIA PULMONAR
GRUPO B	340908	090112	CORRECCION PECTUS EXCAVATUM
GRUPO B	345502	090117	RESECCION MASA GIGANTE PARED TORACICA
GRUPO B	078204	090121	TIMECTOMIA TORACOSCOPICA PULMONAR
GRUPO C	321003	090102	CIERRE TORACOSCOPICO DE FISTULA BRONCOPLEURAL
GRUPO D	332202	090101	FIBROBRONCOSCOPIA TERAPEUTICA
GRUPO D	341403	090104	RESECCION TORACOSCOPICA DE MASA MEDIASTINAL
GRUPO D	345301	090105	DECORTICACION PULMONAR SOD (ABIERTA)
GRUPO D	345302	090106	DECORTICACION TORACOSCOPICA PULMONAR
GRUPO D	342101	090107	DRENAJE TORACOSCOPICO PLEURAL
GRUPO D	537002	090108	EVENTORRAFIA VIDEOASISTIDA DIAFRAGMATICA
GRUPO D	324104	090109	LOBECTOMIA TORACOSCOPICA EN CUÑA PULMONAR
GRUPO D	324202	090110	LOBECTOMIA TORACOSCOPICA PULMONAR TOTAL
GRUPO D	373105	090113	PERICARDIECTOMIA TORACOSCOPICA PULMONAR
GRUPO D	345102	090114	PLEURECTOMIA TORACOSCOPICA PARIETAL
GRUPO D	348602	090115	PLICATURA TORACOSCOPICA DE DIAFRAGMA POR EVENTRACION
GRUPO D	345502	090116	RESECCION EN CUÑA DE MASA PARED TORACICA
GRUPO D	341403	090118	RESECCION TORACOSCOPICA DE MASA MEDIASTINAL O SUBCARINAL EN CUÑA
GRUPO E	052001	090120	SIMPACTECTOMIA TORACOSCOPICA BILATERAL
GRUPO F	345202	090122	PLEURODESIS TORACOSCOPICA O POR TORACOSTOMIA

Parágrafo 2: Sobre éstas tarifas se podrá aplicar un descuento máximo del 5% de acuerdo a la negociación que se realice con las diferentes Entidades responsables de Pago.

Parágrafo 3: Los medicamentos, materiales, insumos y/o dispositivos médicos, que se utilicen en los procedimientos quirúrgicos, se facturarán de acuerdo al consumo por cada cirugía, conforme a la cantidad utilizada y con las tarifas institucionales definidas por la ESE Hospital Universitario de Santander.

CAPÍTULO VII

MEDICAMENTOS, MATERIALES, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

ARTÍCULO TREINTA Y CUATRO: La **SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPÉUTICO – FARMACIA**, realiza la actualización del listado de precios de medicamentos institucional para la vigencia 2018, según listado que se detalla en el **ANEXO 03** de la presente Resolución. El manual tarifario de medicamentos está parametrizado con códigos ATC.

Parágrafo 1. Las tarifas para los Medicamentos Regulados, serán ajustadas según las nuevas resoluciones establecidas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Parágrafo 2. Las tarifas para los Medicamentos no regulados, que por sus condiciones en el mercado sufran algún tipo de variación económica, serán actualizados teniendo en cuenta precio referencia SISMED.

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

ARTÍCULO TREINTA Y CINCO: La **SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPÉUTICO – FARMACIA**, genera un listado propio de dispositivos médicos, con su respectivo código y tarifa Institucional, según se detalla en el **ANEXO 04** que forma parte de la presente Resolución.

Parágrafo. Las tarifas de los dispositivos médicos serán ajustadas dependiendo del alza del IPC, y la dinámica del dólar en relación con la variación de la TRM (Tasa representativa del mercado).

ARTÍCULO TREINTA Y SEIS: Se genera el listado de Dispositivos médicos utilizados en los procedimientos de **ANGIOGRAFIA**, con su respectivo código y tarifa Institucional, según se detalla en el **ANEXO 05** que forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO TREINTA Y SIETE: Se genera el listado de los medicamentos utilizados en los procedimientos de **ANGIOGRAFIA**, con su respectivo código y tarifa Institucional, según se detalla en el **ANEXO 06** que forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO TREINTA Y OCHO: Se genera el listado de tarifas para las nutriciones parenterales con su respectivo código y tarifa Institucional, el cual se encuentra detallado en el **ANEXO 07** que forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO TREINTA Y NUEVE: Crear y asignar los códigos con las respectivas tarifas institucionales para los materiales procesados en la central de esterilización, lo cual se encuentra detallado en el **ANEXO 08** que forma parte de la presente Resolución.

ARTÍCULO CUARENTA: Los medicamentos y dispositivos médicos que se requieran para la atención del paciente y no se encuentren dentro del listado institucional, se facturarán al precio de compra + 20 %, que en ningún caso sea superior al valor del informe **SISMED** canal institucional vigente, para el caso de los medicamentos.

ARTÍCULO CUARENTA Y UNO: El material de osteosíntesis será facturado al precio de compra más el 20%, en los casos en que sea suministrado por el hospital.

Parágrafo. En los casos en que la Entidad Responsable de Pago sea quien suministre el material de osteosíntesis, la **ESE HUS** cobrará un valor de acuerdo al grupo quirúrgico de la cirugía, por concepto de almacenamiento, esterilización, alistamiento y control del material de osteosíntesis.

Ver anexo 01 MANEJO INT. MOT - GRUPO QUIRURGICO.

ARTÍCULO CUARENTA Y DOS: El oxígeno se cobrará a una tarifa de \$17 por litro, y teniendo en cuenta los parámetros de consumo definidos en el Acuerdo 256 de 2001.

RESOLUCION No. 15 9

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	TARIFA 2018
V03AN01	OXIGENO MEDICINAL	17

ARTÍCULO CUARENTA Y TRES: La ESE HUS cobrará la suma de \$175.000 por concepto de recepción – almacenamiento- revisión técnica- conservación- custodia – preparación y proceso administrativo y asistencial para la gestión de la aplicación en medicamentos de alto costo y oncológicos, recibidos de las ERP (Entidades Responsables de Pago), valor que se actualizará anualmente de acuerdo al incremento del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, código institucional que se denomina así:

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	FACTOR SMLMV	TARIFA 2018
21840H	RECEPCIÓN, PREPARACIÓN MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y DE ALTO COSTO EXTERNOS	6,72	175.000,00

ARTICULO CUARENTA Y CUATRO: El Acuerdo de Junta No. 03 de Febrero 14 de 2018, establece en su **Artículo Primero, Parágrafo Segundo:** "Se generará un listado propio de tarifas de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, garantizando unos márgenes razonables para la ESE HUS, que se actualizará cuando se presenten variaciones en los precios de compra y/o cambios en la normatividad vigente, mediante Acto administrativo suscrito por la Gerencia", por lo anterior, su revisión y actualización se realizará de acuerdo a las variaciones en los precios de compra y/o cambios en la normatividad, de lo cual se le informará oportunamente a las diferentes entidades Responsables de Pago.

ARTÍCULO CUARENTA Y CINCO: Derogar la Resolución No. 000331 del 25 de Julio de 2012, con la cual se creaban los códigos y tarifas institucionales para la venta de las nutriciones parenterales, códigos y tarifas que se actualizan en la presente Resolución.

ARTÍCULO CUARENTA Y SEIS: Derogar el Artículo Tercero de la Resolución N° 000450 del 21 de Diciembre de 2010, en el cual se incrementaba el 15% el precio de compra de los insumos y materiales médico quirúrgicos; en razón a que con la presente Resolución se actualizan los listados institucionales de precios de insumos y dispositivos médicos de la ESE HUS.

ARTÍCULO CUARENTA Y SIETE: Derogar el Artículo Sexto de la Resolución N° 00000220 del 15 de Marzo de 2017, en el cual se creaban los códigos y tarifas institucionales para el cobro de la Maquila de productos farmacéuticos, en razón a que se incorpora en el costo de los medicamentos.

ARTICULO CUARENTA Y OCHO: Incluir en la base de datos del sistema de información DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA (DGH.NET), los códigos y tarifas institucionales contemplados en la presente Resolución, a partir de la expedición de la misma y ordenar su implementación por la oficina de facturación y la Unidad Funcional de Apoyo Tecnológico y de información.

RESOLUCION No. 15 9
14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

ARTÍCULO CUARENTA Y NUEVE: La ESE HUS dará cumplimiento a lo definido en la normatividad vigente en lo relacionado con tarifas y realizará las actualizaciones que se requieran de acuerdo a los cambios que se presenten en la misma.

ARTÍCULO CINCUENTA: Los códigos y tarifas institucionales que se generen con posterioridad a la publicación del presente Acto Administrativo, serán incorporados al mismo, una vez sean aprobadas por la Gerencia mediante acto administrativo, actualizaciones que serán socializadas a las partes interesadas.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO CINCUENTA Y UNO: Las Tarifas institucionales serán ajustadas anualmente de acuerdo al incremento del SMLMV (Salario mínimo legal mensual vigente), con base en lo establecido en el Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y protección social, Título 3, Capítulo 6, Anexo técnico 1), a excepción de las tarifas de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, que se actualizarán de acuerdo a las variaciones en los precios de compra y/o normatividad vigente.

ARTÍCULO CINCUENTA Y DOS: Para el cálculo del factor de conversión en Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, de acuerdo a lo definido en el Decreto 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto 780 de 2016), se utilizó la siguiente fórmula, tomando como valor de referencia la tarifa institucional de la vigencia 2017 por cada procedimiento:

$$\boxed{\text{TARIFA BASE 2017}} / \boxed{\text{VALOR SMLMVD 2017}} = \boxed{\text{FACTOR SMLMV}}$$

$$\boxed{\text{FACTOR SMLMV}} \times \boxed{\text{VALOR SMLMVD 2018}} = \boxed{\text{TARIFA DE VENTA 2018}}$$

SMLMV: SALARIO MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE
SMLMVD: SALARIO MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE DIARIO

ARTÍCULO CINCUENTA Y TRES: El ANEXO 01 y el ANEXO 02 resume las tarifas institucionales de diferentes procedimientos realizados por la ESE HUS. Se incluye en el mismo la homologación realizada de la codificación de las tarifas institucionales con la codificación CUPS Resolución 5171 de 2017.

Parágrafo. La homologación se hace buscando concordancia entre el procedimiento con tarifa institucional y el código CUPS que corresponda o se asemeje a dicho procedimiento; sin embargo, en caso de no existir CUPS concordante, se homologa a un código CUPS con el fin de cumplir normativamente con la codificación, para facilitar el proceso de autorización, identificación del código institucional, facturación y por ende reconocimiento y pago del servicio.

RESOLUCION No. 159

14 MAR 2018

Por Medio de la cual se realiza la unificación de las Resoluciones de tarifas Institucionales de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, creando el Manual de Tarifas Institucionales.

Se hace ésta salvedad, en razón a que la Resolución 5171 de 2017 no contiene literalmente la totalidad de los procedimientos determinados con tarifa Institucional, lo cual obliga a realizar la homologación referida.

ARTÍCULO CINCUENTA Y CUATRO: Formarán parte integral de la presente Resolución el **ANEXO 01** Resumen de Tarifas Institucionales Procedimientos ESE HUS y el **ANEXO 02** Resumen de Tarifas Institucionales Procedimientos Quirúrgicos CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO - CIRUGÍA DE TÓRAX, donde se relacionan y resumen la totalidad de códigos y tarifas institucionales para los diferentes procedimientos de la ESE HUS.

CAPÍTULO IX

DEROGATORIA Y VIGENCIA

ARTÍCULO CINCUENTA Y CINCO: Derogatoria Integral. Esta Resolución regula íntegramente las tarifas institucionales contempladas en la misma, por consiguiente, quedan derogados todos los actos administrativos con los cuales se crearon códigos y tarifas institucionales para la **ESE HUS**, quedando compiladas en la presente Resolución con la cual se unificaron las tarifas y se establece el Manual de Tarifas Institucional.

ARTICULO CINCUENTA Y SEIS: La presente Resolución rige a partir de su publicación.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bucaramanga, a los 14 MAR 2018


EDGAR JULIÁN NIÑO CARRILLO
Gerente

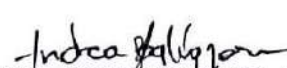
Revisó:


Dra. MARTA ROSA AMIRA VEGA BLANCO
Subgerente Administrativa y Financiera
Profesional Especializado UF. Recursos Financieros (E)
ESE HUS

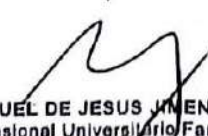

Dra. CLAUDIA ORELLANA HERNÁNDEZ
Profesional de Apoyo Gerencia

Proyectó:


CLAUDIA PATRICIA MORENO PICO
Profesional Universitario Costos (E)


Dra. JOULIE ANDREA BALCAZAR CASTAÑO
Jefe oficina asesora Jurídica (E)
ESE HUS


Dr. ALVARO ENRIQUE FLOREZ PINTO
Coordinador de Auditoría


MANUEL DE JESUS JIMENEZ HERNANDEZ
Profesional Universitario Farmacia