



**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

El Gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander en uso de sus facultades legales y;

**CONSIDERANDO**

1. Que mediante Decreto No. 0025 de 04 de febrero de 2005 expedido por la Gobernación de Santander, se crea la ESE Hospital Universitario de Santander, y en su artículo primero la establece "como una entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa".
2. Que el Decreto No. 0025 del 04 de febrero de 2005, en su artículo 15, numeral 11, establece como función de la Junta Directiva la de "aprobar las tarifas y cuotas de recuperación de la Empresa Social del Estado, de conformidad con sus estudios de costos, con la capacidad de pago de los usuarios y con las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud".
3. Que, en el mismo sentido, el artículo 2.5.3.8.4.2.7, numeral 5, del Decreto Ley 780 del 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, menciona lo siguiente: "Sin perjuicio de las funciones asignadas a las Juntas Directivas por ley, Decreto, Ordenanza o Acuerdo u otras disposiciones legales, esta tendrá las siguientes: (...) 5. Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Director o 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". (Subrayado y negrilla por fuera del texto original).
4. Que según el Artículo 4 del Decreto No. 1876 de 1994 son objetivos de las Empresas Sociales del Estado los siguientes:
  - 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 servicios 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".
5. Que de conformidad con el artículo 1 del Decreto 887 de 2001, las tarifas dispuestas por el Decreto 2423 de 1996 "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"; Por tal motivo, para el caso de las demás prestaciones de servicios de salud, estas tarifas sólo se utilizarán de referencia.
6. Que el Decreto 2423 de 1996, en su artículo 87, 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 (...)".
7. Que según lo establecido en el artículo 89 del Decreto No. 2423 de 1996, las tarifas deben ser ajustadas a la centena más próxima.



**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

8. Que el Acuerdo de Junta Directiva No. 03 del 14 de febrero de 2018, establece que para aquellos procedimientos que no se encuentran en los manuales tarifarios y 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".
9. Que con el ánimo de que la E.S.E Hospital Universitario de Santander sea una institución con estándares competitivos, amplíe su oferta dentro del mercado de salud y mejore la calidad de sus servicios, se requiere crear la tarifa institucional para el cobro de los procedimientos de APOYO DIAGNÓSTICO en el ámbito ambulatorio.

Que, en mérito de lo expuesto,

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO.** Crear código y tarifa institucional para realizar el cobro de los procedimientos de LABORATORIO CLÍNICO realizados de manera AMBULATORIA, los cuales quedarán así:

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DE VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
902210	902210AMB	HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO O RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO	0,37	\$ 16.100
903895	903895AMB	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,32	\$ 13.860
903856	903856AMB	NITROGENO UREICO	0,27	\$ 11.550
907106	907106AMB	UROANALISIS	0,35	\$ 15.330
901107	901107AMB	COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA	0,78	\$ 33.950
906914	906914AMB	PROTEINA C REACTIVA MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	0,33	\$ 14.490
902045	902045AMB	TIEMPO DE PROTROMBINA [TP]	0,81	\$ 34.930
902049	902049AMB	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [TTP]	0,78	\$ 33.950
903867	903867AMB	TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA [ASPARTATO AMINO TRANSFERASA]	0,58	\$ 25.130
903866	903866AMB	TRANSAMINASA GLUTAMICO-PIRUVICA [ALANINO AMINO TRANSFERASA]	0,58	\$ 25.130
903809	903809AMB	BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA	0,23	\$ 10.080
903839	903839AMB	GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)	1,24	\$ 53.690
903833	903833AMB	FOSFATASA ALCALINA	0,41	\$ 17.640
903859	903859AMB	POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,47	\$ 20.520
903805	903805AMB	AMILASA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,43	\$ 18.760
901221	901221AMB	HEMOCULTIVO AEROBIO AUTOMATIZADO CADA MUESTRA	1,58	\$ 68.530
911004	911004AMB	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO	0,41	\$ 17.920
903828	903828AMB	DESHIDROGENASA LACTICA	0,39	\$ 17.010
901002	901002AMB	ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA METODO AUTOMATIZADO	0,69	\$ 30.030
903864	903864AMB	SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,65	\$ 28.350
904508	904508AMB	GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA O SUERO	1,08	\$ 46.760
907004	907004AMB	COPROSCOPICO	0,87	\$ 37.590
901217	901217AMB	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES	0,90	\$ 38.850
903426	903426AMB	HEMOGLOBINA GLICOSILADA AUTOMATIZADA	1,22	\$ 53.060
903854	903854AMB	MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,51	\$ 22.260
904902	904902AMB	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES	1,76	\$ 76.090
902213	902213AMB	HEMOGLOBINA	0,96	\$ 41.510
902211	902211AMB	HEMATOCRITO	0,10	\$ 4.340
907002	907002AMB	COPROLOGICO	0,22	\$ 9.520
903016	903016AMB	FERRITINA	1,28	\$ 55.370



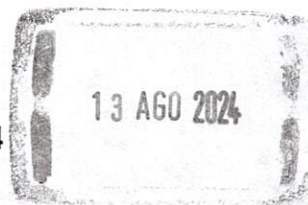
**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DE VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
906249	906249AMB	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA 1 Y 2 ANTICUERPOS	1,92	\$ 83.020
906913	906913AMB	PROTEINA C REACTIVA ALTA PRECISION AUTOMATIZADO	1,13	\$ 48.790
903862	903862AMB	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS	0,25	\$ 10.990
904921	904921AMB	TIROXINA LIBRE	1,33	\$ 57.680
903868	903868AMB	TRIGLICERIDOS	0,37	\$ 16.170
903803	903803AMB	ALBUMINA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,56	\$ 24.290
903847	903847AMB	LIPASA	0,85	\$ 36.890
903818	903818AMB	COLESTEROL TOTAL	0,68	\$ 29.470
903815	903815AMB	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD	0,56	\$ 24.290
902024	902024AMB	FIBRINOGENO	0,29	\$ 12.740
903835	903835AMB	FOSFORO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,45	\$ 19.390
903801	903801AMB	ACIDO URICO EN SUERO U OTROS FLUIDOS	0,37	\$ 16.170
906208	906208AMB	DENGUE ANTICUERPOS IG M	2,36	\$ 102.480
906317	906317AMB	HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE [AG HBS]	2,41	\$ 104.440
903850	903850AMB	LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR EXAMEN FISICO Y CITQUIMICO CON GLUCOSA PROTEINAS MORFOLOGIA DE ERITROCITOS Y DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS)	1,46	\$ 63.280
904904	904904AMB	HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES ULTRASENSIBLE	1,76	\$ 76.090
901109	901109AMB	COLORACION TINTA CHINA Y LECTURA	0,78	\$ 33.950
902223	902223AMB	RECUENTO DE RETICULOCITOS METODO MANUAL	0,35	\$ 15.330
906225	906225AMB	HEPATITIS C ANTICUERPO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,71	\$ 117.320
903027	903027AMB	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA DE 24 HORAS	1,01	\$ 43.820
903811	903811AMB	CALCIO AUTOMATIZADO EN ORINA DE 24 HORAS	0,47	\$ 20.510
903703	903703AMB	VITAMINA B12 [CIANOCOBALAMINA]	2,94	\$ 127.190
903863	903863AMB	PROTEINAS TOTALES EN SUERO Y OTROS FLUIDOS	0,23	\$ 9.800
901206	901206AMB	COPROCULTIVO	1,76	\$ 76.440
903602	903602AMB	AMONIO	0,87	\$ 37.590
911302	911302AMB	RECAMBIO PLASMATICO TERAPEUTICO	0,23	\$ 9.800
903838	903838AMB	GAMMA GLUTAMIL TRANSFERASA	0,68	\$ 29.470
906129	906129AMB	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG M AUTOMATIZADO	2,04	\$ 88.270
906610	906610AMB	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3,45	\$ 149.590
901212	901212AMB	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS PROFUNDA	0,78	\$ 33.950
906603	906603AMB	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,84	\$ 122.920
906906	906906AMB	COMPLEMENTO SERICO C3 AUTOMATIZADO	2,27	\$ 98.490
902214	902214AMB	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE GOTAS GRUESA	0,29	\$ 12.390
903852	903852AMB	LIQUIDO PLEURAL (EXAMEN FISICO Y CITQUIMICO CON RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA Y DESHIDROGENASA LACTICA)	1,44	\$ 62.580
906908	906908AMB	COMPLEMENTO SERICO C4 AUTOMATIZADO	0,90	\$ 38.850
907008	907008AMB	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE]	0,17	\$ 7.210
902221	902221AMB	RECUENTO DE PLAQUETAS MANUAL	0,23	\$ 9.800
903813	903813AMB	CLORO	0,25	\$ 10.990
903105	903105AMB	ACIDO FOLICO [FOLATOS] EN SUERO	1,42	\$ 61.600
905717	905717AMB	CANNABINOIDES MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	0,68	\$ 29.470
906218	906218AMB	HEPATITIS A ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,41	\$ 104.440
906605	906605AMB	ANTIGENO DE CANCER DE OVARIO [CA 125] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3,43	\$ 148.610
903851	903851AMB	LIQUIDO PERITONEAL (EXAMEN FISICO Y CITQUIMICO CON DETECCION DE ERITROCITOS RECUENTO Y MORFOLOGIA DE LEUCOCITOS GLUCOSA PROTEINAS Y AMILASA)	1,29	\$ 56.000
906127	906127AMB	TOXOPLASMA GONDII ANTICUERPOS IG G AUTOMATIZADO	2,04	\$ 88.270
906417	906417AMB	DNA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,71	\$ 74.130
904924	904924AMB	TRIODOT IRONINA LIBRE	1,31	\$ 56.700
906602	906602AMB	ALFA FETOPROTEINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,87	\$ 81.060
906606	906606AMB	ANTIGENO DE CANCER DE TUBO DIGESTIVO [CA 19-9] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3,43	\$ 148.610
903821	903821AMB	CREATIN QUINASA TOTAL [CK-CPK]	0,51	\$ 22.260
903846	903846AMB	HIERRO TOTAL	0,94	\$ 40.880
902004	902004AMB	ANTICOAGULANTE LUPICO	1,54	\$ 66.850
906408	906408AMB	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,48	\$ 107.380
903849	903849AMB	LIQUIDO ASCITICO (EXAMEN FISICO Y CITQUIMICO)	1,41	\$ 61.250
906131	906131AMB	TRYPANOSOMA CRUZI ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	0,84	\$ 36.540



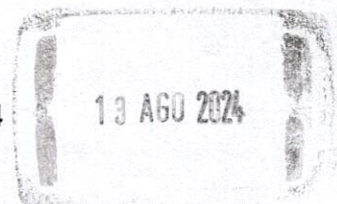
**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DE VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
906409	906409AMB	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,48	\$ 107.380
902043	902043AMB	TIEMPO DE COAGULACION	0,33	\$ 14.140
906215	906215AMB	EPSTEIN-BARR ANTICUERPOS IG M (CAPSULA EB-VCA-M) SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,07	\$ 89.600
906229	906229AMB	HERPES I ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,12	\$ 91.910
906231	906231AMB	HERPES II ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,12	\$ 91.910
906414	906414AMB	CITOPLASMA DE NEUTROFILOS ANTICUERPOS TOTALES [C-ANCA O P-ANCA] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	1,79	\$ 77.420
911015	911015AMB	HEMOCLASIFICACION SISTEMARH [ANTIGENO RH D] POR MICROTECNICA	0,71	\$ 30.660
902220	902220AMB	RECUESTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	0,23	\$ 9.800
903823	903823AMB	CREATININA DEPURACION	0,51	\$ 22.260
905312	905312AMB	LITIO AUTOMATIZADO	0,55	\$ 24.010
906228	906228AMB	HERPES I ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,12	\$ 91.910
906406	906406AMB	ANTICUERPOS NUCLEARES EXTRACTABLES TOTALES [ENA] SS-A [RO] SS-B [LA] RNP Y SM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3,39	\$ 146.930
906422	906422AMB	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,76	\$ 76.090
903026	903026AMB	MICROALBUMINURIA AUTOMATIZADA EN ORINA PARCIAL	1,01	\$ 43.820
903046	903046AMB	TRANSFERRINA AUTOMATIZADA	1,99	\$ 86.310
903439	903439AMB	TROPONINA T CUANTITATIVA	1,71	\$ 74.130
903820	903820AMB	CREATIN QUINASA (FRACCION MB) AUTOMATIZADA	1,24	\$ 53.690
904925	904925AMB	TRİYODOT IRONINA TOTAL	1,31	\$ 56.700
906220	906220AMB	HEPATITIS B ANTICUERPOS CENTRAL IG M [ANTI-CORE HBC-M] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,92	\$ 83.020
906230	906230AMB	HERPES II ANTICUERPOS IG G SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,12	\$ 91.910
906423	906423AMB	FOSFOLIPIDOS ANTICUERPOS IG M SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,76	\$ 76.090
906911	906911AMB	FACTOR REUMATOIDEO MANUAL	0,58	\$ 25.130
902006	902006AMB	ANTIGENO ANTITROMBINA III (CONCENTRACION) AUTOMATIZADA	1,64	\$ 71.190
903402	903402AMB	ALDOLASA	0,90	\$ 38.850
903826	903826AMB	CUERPOS CETONICOS O CETONAS EN ORINA	0,21	\$ 8.960
904801	904801AMB	ALDOSTERONA	2,99	\$ 129.500
906219	906219AMB	HEPATITIS A ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,97	\$ 85.330
911003	911003AMB	ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) POR MICROTECNICA	0,25	\$ 10.710
911009	911009AMB	COOMBS DIRECTO CUALITATIVO POR MICROTECNICA	0,41	\$ 17.920
902209	902209AMB	HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMOCRITO RECUESTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUESTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO	0,55	\$ 24.010
902215	902215AMB	HEMOPARASITOS EXTENDIDO DE SANGRE PERIFERICA	0,29	\$ 12.390
903111	903111AMB	ACIDO LACTICO [L-LACTATO] AUTOMATIZADO	0,97	\$ 41.860
903419	903419AMB	COLINESTERASA EN ERITROCITOS [ACETILCOLINESTERASA]	0,81	\$ 34.930
903420	903420AMB	COLINESTERASA SERICA	0,81	\$ 34.930
903503	903503AMB	LIQUIDO PERICARDICO (EXAMEN FISICO Y CITQUIMICO CON DENSIDAD Y PROTEINAS)	1,29	\$ 56.000
903802	903802AMB	ACIDO URICO EN ORINA DE 24 HORAS	0,37	\$ 16.170
903817	903817AMB	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO	0,66	\$ 28.630
903836	903836AMB	FOSFORO EN ORINA DE 24 HORAS	0,45	\$ 19.390
903848	903848AMB	LIQUIDO AMNIOTICO (EXAMEN FISICO Y CITQUIMICO: CELULAS ANARANJADAS TEST DE CLEMENS Y CREATININA)	1,19	\$ 51.380
903865	903865AMB	SODIO EN ORINA DE 24 HORAS	0,65	\$ 28.350
903869	903869AMB	UREA EN SANGRE U OTROS FLUIDOS	0,29	\$ 12.740
904004	904004AMB	RENINA TOTAL	2,04	\$ 88.270
904106	904106AMB	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE Y HORMONA LUTEINIZANTE PRE Y POST HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA CADA MUESTRA	4,51	\$ 195.370
904108	904108AMB	PROLACTINA	1,81	\$ 78.400
904602	904602AMB	TESTOSTERONA TOTAL	1,76	\$ 76.090
904922	904922AMB	TIROXINA TOTAL	1,31	\$ 56.980
905706	905706AMB	ALCOHOL ETILICO SEMIAUTOMATIZADO	0,90	\$ 39.200
905726	905726AMB	COCAINA O METABOLITOS AUTOMATIZADO	1,26	\$ 54.670
906604	906604AMB	ANTIGENO DE CANCER DE MAMA [CA 15-3] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	4,26	\$ 184.800
906620	906620AMB	BETA 2 MICROGLOBULINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	0,86	\$ 37.240
906827	906827AMB	INMUNOGLOBULINA A [IGA] AUTOMATIZADO	1,13	\$ 48.790
906829	906829AMB	INMUNOGLOBULINA G [IGG] AUTOMATIZADO	1,13	\$ 48.790
906832	906832AMB	INMUNOGLOBULINA M [IGM] AUTOMATIZADO	1,13	\$ 48.790



**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DE VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
907006	907006AMB	GRASAS NEUTRAS EN HECEAS [SUDAN III]	0,47	\$ 20.510
907103	907103AMB	PROTEINAS DE BENCE JONES MANUAL	0,29	\$ 12.390
911016	911016AMB	HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH [ANTIGENO RH D] EN TUBO	0,71	\$ 30.660
911017	911017AMB	HEMOCLASIFICACION SISTEMA ABO DIRECTA [HEMOCLASIFICACION GLOBULAR] POR MICROTECNICA	0,29	\$ 12.740
911013	911013AMB	FENOTIPO SISTEMA RH CUALQUIER ANTIGENO POR MICROTECNICA	0,59	\$ 25.760
902205	902205AMB	ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA	0,13	\$ 5.530
902003	902003AMB	AGREGACION PLAQUETARIA CURVA	0,64	\$ 27.720
901213	901213AMB	CULTIVO PARA HONGOS MICOSIS SUPERFICIAL	0,78	\$ 33.950
903706	903706AMB	VITAMINA D 25 HIDROXITOTAL [D2-D3] [CALCIFEROL]	2,94	\$ 127.190
901210	901210AMB	CULTIVO ESPECIAL PARA OTROS MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA	1,31	\$ 56.700
904812	904812AMB	CORTISOL AM	1,58	\$ 68.530
906442	906442AMB	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES SEMIAUTOMATIZADO	1,59	\$ 68.880
904503	904503AMB	ESTRADIOL	1,83	\$ 79.100
906247	906247AMB	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IGG SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,06	\$ 45.780
906248	906248AMB	VARICELA ZOSTER ANTICUERPOS IGM SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,06	\$ 45.780
904105	904105AMB	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	4,51	\$ 195.370
901225	901225AMB	HEMOCULTIVO PARA HONGOS CADA MUESTRA	1,58	\$ 68.530
902056	902056AMB	INHIBIDOR DE FACTOR IX	0,63	\$ 27.440
904107	904107AMB	HORMONA LUTEINIZANTE	2,33	\$ 100.800
904912	904912AMB	HORMONA PARATIROIDEA MOLECULA INTACTA	2,59	\$ 112.350
906430	906430AMB	SSB [LA] ANTICUERPOS IGG SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,55	\$ 110.390
906454	906454AMB	SSA [RO] ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,55	\$ 110.390
901103	901103AMB	COLORACION ALBERT [LOEFFLER] Y LECTURA	0,39	\$ 17.010
901208	901208AMB	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS CULTIVO	0,87	\$ 37.870
901211	901211AMB	CULTIVO PARA HONGOS EN MEDULA OSEA	0,78	\$ 33.950
901237	901237AMB	UROCULTIVO (ANTIBIOGRAMA CONCENTRACION MINIMA INHIBITORIA MANUAL)	1,46	\$ 63.280
901303	901303AMB	ESCHERICHIA COLI ENTEROPATOGENA EN MATERIA FECAL POR SEROTIPIFICACION	0,61	\$ 26.600
902041	902041AMB	RETRACCION DE COAGULO	0,35	\$ 15.330
902046	902046AMB	TIEMPO DE SANGRIA [VVO DUKE]	0,14	\$ 6.090
902060	902060AMB	INHIBIDOR DE FACTOR X	0,63	\$ 27.440
902061	902061AMB	INHIBIDOR DE FACTOR XI	0,63	\$ 27.440
902062	902062AMB	INHIBIDOR DE FACTOR XII	0,63	\$ 27.440
902107	902107AMB	FRAGILIDAD OSMOTICA DE ERITROCITOS	0,35	\$ 15.330
902112	902112AMB	HEMOGLOBINA FETAL AUTOMATIZADA	0,73	\$ 31.780
902113	902113AMB	HEMOGLOBINA PLASMATICA	1,06	\$ 45.780
902114	902114AMB	HEMOGLOBINA MATERNA Y FETAL	0,47	\$ 20.510
902121	902121AMB	PRUEBA DE CICLAJE [CELULAS FALCIFORMES O DREPANOCITOS]	0,25	\$ 10.710
902216	902216AMB	LEUCOGRAMA (RECUENTO TOTAL Y DIFERENCIAL)	0,53	\$ 23.100
902218	902218AMB	RECUENTO DE EOSINOFILO EN CUALQUIER MUESTRA	0,35	\$ 15.330
903005	903005AMB	CALCULO RENAL ANALISIS FISICO-QUIMICO CUANTITATIVO	1,69	\$ 73.150
903042	903042AMB	PROTEINA TRANSPORTADORA DE HORMONAS SEXUALES [PTHS]	2,48	\$ 107.380
903104	903104AMB	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO [ALA] EN ORINA DE 24 HORAS	1,65	\$ 71.470
903109	903109AMB	ACIDO HOMOVALINICO EN ORINA DE 24 HORAS	2,44	\$ 105.770
903113	903113AMB	ACIDO VANILMANDELICO [VMA] EN ORINA DE 24 HORAS	2,07	\$ 89.600
903411	903411AMB	APOLIPOPROTEINAS A1 AUTOMATIZADA	2,94	\$ 127.190
903412	903412AMB	APOLIPOPROTEINAS B AUTOMATIZADA	2,94	\$ 127.190
903417	903417AMB	CERULOPLASMINA AUTOMATIZADA	1,11	\$ 48.090
903425	903425AMB	FRUCTOSAMINA	0,62	\$ 26.880
903603	903603AMB	CALCIO AUTOMATIZADO	0,47	\$ 20.510
903701	903701AMB	VITAMINA A [RETINOL]	2,94	\$ 127.190
903806	903806AMB	AMILASA EN ORINA DE 24 HORAS	0,43	\$ 18.760
903822	903822AMB	CREATINA	0,37	\$ 16.170
903830	903830AMB	FOSFATASA ACIDA	0,47	\$ 20.510
903870	903870AMB	UREA EN ORINA DE 24 HORAS	0,29	\$ 12.740
903871	903871AMB	AMILASA EN ORINA PARCIAL	0,43	\$ 18.760
903872	903872AMB	SODIO EN ORINA PARCIAL	0,65	\$ 28.350
903873	903873AMB	CALCIO EN ORINA PARCIAL	0,47	\$ 20.510
903874	903874AMB	PROTEINAS TOTALES EN ORINA PARCIAL	0,23	\$ 9.800
903875	903875AMB	FOSFORO EN ORINA PARCIAL	0,45	\$ 19.390
903877	903877AMB	ACIDO URICO EN ORINA PARCIAL	0,37	\$ 16.170
903878	903878AMB	POTASIO EN ORINA PARCIAL	0,79	\$ 34.230



Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMDLV	PRECIO DE VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
903879	903879AMB	MAGNESIO EN ORINA PARCIAL	0,51	\$ 22.260
903880	903880AMB	COLOR EN ORINA PARCIAL	0,25	\$ 10.990
904005	904005AMB	RENINA ACTIVIDAD PLASMÁTICA	2,04	\$ 88.270
904104	904104AMB	HORMONA DE CRECIMIENTO [SOMATOTRÓPICA]	2,05	\$ 88.620
904204	904204AMB	PROLACTINA PRE Y POST ESTIMULACION	1,46	\$ 63.280
904401	904401AMB	ESTRADIOL PRE Y POST GONADOTROPINA CORIONICA CADA MUESTRA	1,83	\$ 79.100
904402	904402AMB	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA PRE Y POST HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA CADA MUESTRA	1,51	\$ 65.590
904501	904501AMB	ANDROSTENEDIONA	2,84	\$ 122.920
904509	904509AMB	HIDROXIPROGESTERONA 17 ALFA	2,04	\$ 88.270
904804	904804AMB	CETOSTEROIDES 17	1,73	\$ 74.760
904807	904807AMB	CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS	1,58	\$ 68.530
904808	904808AMB	DEHIDROEPINANDROSTERONA	2,59	\$ 112.350
904809	904809AMB	DEHIDROEPINANDROSTERONA SULFATO [EPINANDROSTERONA - DHEA-SO4] CADA MUESTRA	2,04	\$ 88.270
905201	905201AMB	ACIDO VALPROICO AUTOMATIZADO	1,40	\$ 60.620
905202	905202AMB	ACIDO VALPROICO LIBRE AUTOMATIZADO	1,40	\$ 60.620
905206	905206AMB	CARBAMAZEPINA CUANTITATIVA AUTOMATIZADA	2,08	\$ 90.300
905210	905210AMB	FENITOINA LIBRE AUTOMATIZADA	2,18	\$ 94.570
905213	905213AMB	FENITOINA TOTAL AUTOMATIZADA	2,18	\$ 94.570
905214	905214AMB	FENOBARBITAL NIVELES SERICOS AUTOMATIZADO	2,18	\$ 94.570
905603	905603AMB	DIGOXINA AUTOMATIZADO	1,73	\$ 74.760
905608	905608AMB	TEOFILINA AUTOMATIZADO	1,95	\$ 84.700
905703	905703AMB	ALCALOIDES AUTOMATIZADO	1,24	\$ 53.690
905705	905705AMB	ALCOHOL ETILICO AUTOMATIZADO	0,90	\$ 39.200
905731	905731AMB	MERCURIO AUTOMATIZADO	1,92	\$ 83.020
906002	906002AMB	ANTIESTREPTOLISINA MANUAL	0,94	\$ 40.880
906107	906107AMB	CISTICERCO ANTICUERPOS IGG SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,42	\$ 61.600
906242	906242AMB	RUBEOLA ANTICUERPOS IGG SEMIAUTOMATIZADO	1,84	\$ 79.730
906244	906244AMB	RUBEOLA ANTICUERPOS IGM SEMIAUTOMATIZADO	1,93	\$ 83.650
906260	906260AMB	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGG MANUAL	1,48	\$ 64.260
906261	906261AMB	CITOMEGALOVIRUS ANTICUERPOS IGM MANUAL	1,48	\$ 64.260
906303	906303AMB	ANTIGENOS BACTERIANOS MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	3,76	\$ 163.100
906323	906323AMB	NEISSERIA GONORRHOEA ANTIGENO	1,35	\$ 58.660
906434	906434AMB	MITOCONDRIA ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	1,13	\$ 49.070
906438	906438AMB	MUSCULO LISO ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	1,13	\$ 48.790
901214	901214AMB	CULTIVO PARA MICOBACTERIAS EN MEDULA OSEA	1,60	\$ 69.510
906465	906465AMB	TIROIDEOS TIROGLOBULINICOS ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO	1,64	\$ 71.190
906621	906621AMB	CALCITONINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3,24	\$ 140.350
906624	906624AMB	GASTRINA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	3,06	\$ 132.790
906903	906903AMB	ANTICUERPOS HETEROFILOS MANUAL SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	0,44	\$ 19.110
906904	906904AMB	COMPLEMENTO HEMOLITICO AL 50% [CH 50] MANUAL O SEMIAUTOMATIZADO	1,70	\$ 73.780
901215	901215AMB	CULTIVO PARA MICROORGANISMOS AEROBIOS EN MEDULA OSEA	1,85	\$ 80.080
907001	907001AMB	AZUCARES REDUCTORES EN HECES	1,85	\$ 80.080
907005	907005AMB	FROTIS RECTAL (IDENTIFICACION DE TROFOZOITOS)	0,51	\$ 21.980
907007	907007AMB	OXIURAS IDENTIFICACION PERIANAL [CINTA ADHESIVA O PRUEBA DE GRAHAM]	0,27	\$ 11.550
907101	907101AMB	AZUCARES REDUCTORES EN ORINA	0,25	\$ 10.710
907105	907105AMB	RECuento HAMBURGUER	0,56	\$ 24.290
907204	907204AMB	PARASITOS EN BILIS JUGO DUODENAL EXPECTORACIONES U OTRAS SECRECIONES	0,23	\$ 10.080
908318	908318AMB	CARBOHIDRATOS CUALITATIVOS	0,76	\$ 32.970
911006	911006AMB	ANTICUERPOS IRREGULARES IDENTIFICACION EN TUBO	0,88	\$ 38.220
903428	903428AMB	HEMOSIDERINA EN ORINA	1,26	\$ 54.670
911019	911019AMB	HEMOCLASIFICACION SISTEMABO INVERSA [HEMOCLASIFICACION SERICA] POR M	0,78	\$ 33.950
903814	903814AMB	COLOR EN ORINA DE 24 HORAS	0,25	\$ 10.990
903832	903832AMB	FOSFATASA ACIDA FRACCION PROSTATICA AUTOMATIZADA	1,01	\$ 43.820
903842	903842AMB	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA (INCLUYE CARGA DE GLUCOSA)	0,84	\$ 36.540
903855	903855AMB	MAGNESIO EN ORINA DE 24 HORAS	0,51	\$ 22.260
903857	903857AMB	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	0,27	\$ 11.550
903860	903860AMB	POTASIO EN ORINA DE 24 HORAS	0,79	\$ 34.230
904101	904101AMB	SOMATOMEDINA C [FACTOR DE CRECIMIENTO SIMILAR A LA INSULINA O IGF-1]	3,33	\$ 144.270
904510	904510AMB	PROGESTERONA	1,87	\$ 81.060
904601	904601AMB	TESTOSTERONA LIBRE	1,92	\$ 83.020
904704	904704AMB	INSULINA (CADA MUESTRA)	1,99	\$ 86.310
904802	904802AMB	ALDOSTERONA EN ORINA	2,99	\$ 129.500
905736	905736AMB	METALES PESADOS CADA UNO SEMIAUTOMATIZADO	1,16	\$ 50.400
906232	906232AMB	HTLV I Y II ANTICUERPOS TOTALES SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,48	\$ 107.380
906318	906318AMB	HEPATITIS B ANTIGENO E [AG HBE] SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,41	\$ 104.440
906407	906407AMB	CARDIOLIPINA ANTICUERPOS IGA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	2,48	\$ 107.380
906411	906411AMB	CELULAS PARIETALES ANTICUERPOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	1,58	\$ 68.530
906458	906458AMB	TIROIDEOS MICROSOMALES ANTICUERPOS (TIROIDEOS PEROXIDASA ANTICUERPO	1,64	\$ 71.190
906910	906910AMB	FACTOR REUMATOIDEO SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO	0,37	\$ 15.890



**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los dispositivos e insumos utilizados para la realización del examen NO SE ENCUENTRAN incluidos, por lo tanto, serán facturados adicionalmente.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** Crear código y tarifa institucional para realizar el cobro de los procedimientos de RADIOLOGÍA realizados de manera AMBULATORIA, los cuales quedarán así:

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR	PRECIO DI
CUPS	INSTITUCIONAL		SMMDLV	VENTA
871121	871121AMB	RADIOGRAFIA DE TORAX (P.A. O AP. Y LATERAL, DECUBITO LATERAL, OBLICUAS O LATERAL)	1,17	\$ 50.800
872002	872002AMB	RADIOGRAFIA ABDOMEN SIMPLE	1,36	\$ 58.900
873210	873210AMB	RADIOGRAFIA DE MANO	0,87	\$ 37.900
873206	873206AMB	RADIOGRAFIA DE PUÑO - MUÑECA	0,86	\$ 37.200
873411	873411AMB	RADIOGRAFIA PELVIS, CADERA, ARTICULACIONES SACRO ILIACAS Y COXO FEMORALES	0,92	\$ 39.700
873412	873412AMB	RADIOGRAFIA DE CADERA COMPARATIVA	0,78	\$ 33.600
873420	873420AMB	RADIOGRAFIA DE RODILLA (AP, LATERAL)	1,15	\$ 49.800
873122	873122AMB	RADIOGRAFIA DE ANTEBRAZO	0,85	\$ 36.900
873333	873333AMB	RADIOGRAFIA DE PIE (AP, LATERAL Y OBLICUA)	0,90	\$ 38.900
873431	873431AMB	RADIOGRAFIA DE TOBILLO AP LATERAL Y ROTACION INTERNA	0,90	\$ 39.000
873202	873202AMB	RADIOGRAFIA DE ARTICULACIONES ACROMIO CLAVICULARES COMPARATIVAS	1,01	\$ 43.900
873205	873205AMB	RADIOGRAFIA DE CODO	0,88	\$ 38.000
873312	873312AMB	RADIOGRAFIA DE FEMUR (AP, LATERAL)	1,12	\$ 48.400
873313	873313AMB	RADIOGRAFIA DE PIERNA (AP, LATERAL)	1,16	\$ 50.100
873204	873204AMB	RADIOGRAFIA DE HOMBRO	1,17	\$ 50.500
873501	873501AMB	RADIOGRAFIA PORTATILES CON FLUOROSCOPIA Y/O INTENSIFICADOR DE IMAGEN (PRACTICADO EN QUIROFANO)	2,72	\$ 117.700
871040	871040AMB	RADIOGRAFIA COLUMNA LUMBROSACRA	1,66	\$ 71.900
873121	873121AMB	RADIOGRAFIA DE HUMERO	1,18	\$ 51.300
873112	873112AMB	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	0,90	\$ 38.800
872011	872011AMB	RADIOGRAFIA ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES, SERIE ABDOMEN AGUDO	1,83	\$ 79.200
871030	871030AMB	RADIOGRAFIA COLUMNA DORSAL O TORAXICA	1,45	\$ 63.000
871111	871111AMB	RADIOGRAFIA DE REJA COSTAL	1,17	\$ 50.700
870108	870108AMB	RADIOGRAFIA DE SENOS PARANASALES	1,04	\$ 45.200
871020	871020AMB	RADIOGRAFIA DE COLUMNA TORAXICA	1,38	\$ 60.000
870101	870101AMB	RADIOGRAFIA CARA, MALAR, ARCO CIGOMATICO, HUESOS NASALES, MAXILAR SUPERIOR, SILLA TURCA, BASE DEL CRANEO	1,14	\$ 49.300
871010	871010AMB	RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL	1,48	\$ 64.100
872121	872121AMB	RADIOGRAFIA ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO (VIAS DIGESTIVAS ALTAS)	3,06	\$ 132.600
872123	872123AMB	RADIOGRAFIA DE VIAS DIGESTIVAS ALTAS (ESOFAGO, ESTOMAGO Y DUODENO) Y TRANSITO INTESTINAL	4,71	\$ 204.300
870001	870001AMB	RADIOGRAFIA CRANEO SIMPLE	1,16	\$ 50.200
873335	873335AMB	RADIOGRAFIA DE CALCANEO AXIAL Y LATERAL	0,94	\$ 40.700
872105	872105AMB	RADIOGRAFIA COLON POR ENEMA CON DOBLE CONTRASTE	3,32	\$ 143.700
870107	870107AMB	RADIOGRAFIA DE HUESOS NASALES	1,08	\$ 46.900
873305	873305AMB	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 36" (ADULTOS)	1,96	\$ 85.100
871062	871062AMB	RADIOGRAFIA PANORAMICA COLUMNA VERTEBRAL	1,80	\$ 78.200
873002	873002AMB	RADIOGRAFIA ESTUDIO DE HUESOS LARGOS AP	3,66	\$ 158.700
873444	873444AMB	RADIOGRAFIA PROYECCION ADICIONAL DE EXTREMIDADES Y PELVIS (STRESS, TUNEL, TANGENCIALES, OBLICUAS) CADA UNA	0,48	\$ 20.600
871050	871050AMB	RADIOGRAFIA SACROCOCCIX	1,44	\$ 62.400
870113	870113AMB	RADIOGRAFIA DE MAXILAR INFERIOR	1,05	\$ 45.500
873303	873303AMB	RADIOGRAFIA COMPARATIVA DE PIES CON APOYO (AP Y LATERAL)	1,05	\$ 45.300
870601	870601AMB	RADIOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE CUELLO (237)	1,34	\$ 57.900
873423	873423AMB	RADIOGRAFIA TANGENCIAL ROTULA	1,21	\$ 52.600
872101	872101AMB	RADIOGRAFIA TRANSITO INTESTINAL CONVENCIONAL	2,52	\$ 109.100

Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio

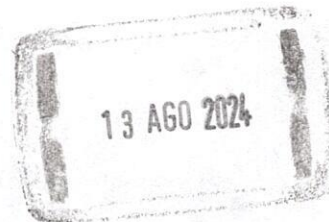
CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DE VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
872104	872104AMB	RADIOGRAFIA COLON POR ENEMA CONVENCIONAL O COLON POR INGESTA	2,62	\$ 113.700
878811	878811AMB	ARTROGRAFIA DE CADERA	2,30	\$ 99.600
877871	877871AMB	RADIOGRAFIA DE URETROGRAFIA RETROGRADA	3,23	\$ 139.800
877861	877861AMB	RADIOGRAFIA CISTOGRAFIA O CISTOURETROGRAFIA	1,95	\$ 84.300
873422	873422AMB	RADIOGRAFIA DE RODILLAS COMPARATIVAS POSICION VERTICAL (UNICAMENTE VISTA ANTEROPOSTERIOR)	1,25	\$ 54.200
873111	873111AMB	RADIOGRAFIA DE OMOPLATO	1,18	\$ 51.300
873306	873306AMB	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MIEMBROS INFERIORES (GONIOMETRIA U ORTOGRAMA), EN FORMATO 14" X 17" (NIÑOS)	1,81	\$ 78.300
873340	873340AMB	RADIOGRAFIA DE MIEMBRO INFERIOR (AP, LATERAL)	1,20	\$ 51.800
871060	871060AMB	RADIOGRAFIA DE COLUMNA VERTEBRAL TOTAL	2,32	\$ 100.700
871061	871061AMB	PANORAMICA COLUMNA VERTEBRAL	1,81	\$ 78.300
871070	871070AMB	PROYECCIONES DINAMICAS O ADICIONALES DE COLUMNA VERTEBRAL	0,94	\$ 40.900
873302	873302AMB	RADIOGRAFIA PARA MEDICION DE MIEMBROS INFERIORES [ESTUDIO DE FARILLU OSTEOMETRIA]	1,18	\$ 51.100
871112	871112AMB	RADIOGRAFIA ESTERNON	1,19	\$ 51.700
871129	871129AMB	RADIOGRAFIA ESTERNON, ARTICULACIONES ESTERNO CLAVICULARES	1,30	\$ 56.400
870602	870602AMB	RADIOGRAFIA CAVUM FARINGEO	1,46	\$ 63.400

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los medicamentos, dispositivos e insumos utilizados para la realización del examen NO SE ENCUENTRAN incluidos, por lo tanto, serán facturados adicionalmente.

**ARTÍCULO TERCERO:** Crear código y tarifa institucional para realizar el cobro de los procedimientos de ECOGRAFÍA realizados de manera AMBULATORIA, los cuales quedarán así:

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DE VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
881302	881302AMB	ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL - INCLUYE: HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS	3,70	\$ 160.500
881211	881211AMB	ECOGRAFIA PERICARDIO - PLEURA O TORAX	1,74	\$ 75.550
881306	881306AMB	ECOGRAFIA HIGADO - VIAS BILIARES - PANCREAS Y VESICULA	1,85	\$ 80.250
881510	881510AMB	ECOGRAFIA TESTICULAR CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1,91	\$ 82.600
881112	881112AMB	CEREBRAL (ECOGRAFIA TRANSENFONETAL)	1,93	\$ 83.800
882112	882112AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL CUELLO	5,08	\$ 220.000
881305	881305AMB	ECOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR - INCLUYE: HIGADO, PANCREAS, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO Y GRANDES VASOS	2,94	\$ 127.300
881201	881201AMB	SONOMAMOGRAFIA O ULTRASONIDO DE SENO	2,01	\$ 87.050
881141	881141AMB	ECOGRAFIA DE TIROIDES CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1,91	\$ 82.600
881602	881602AMB	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EXTREMIDADES INFERIORES	1,91	\$ 82.600
881132	881132AMB	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EN CUELLO	1,91	\$ 82.600
881601	881601AMB	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS EXTREMIDADES SUPERIORES	1,91	\$ 82.600
951302	951302AMB	ECOGRAFIA OCULAR MODO A Y B	2,88	\$ 125.000
881610	881610AMB	ECOGRAFIA DE EXTREMIDADES - ARTICULAR - HOMBRO	2,00	\$ 86.600
882222	882222AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE ARTERIAS RENALES	5,08	\$ 220.000
882317	882317AMB	IMAGEN Y DOPPLER PULSADO ESPECTRAL (DUPLEX SCANNING), DE: ARTERIAS CAROTIDAS, ARTERIAS VERTEBRALES, ARTERIAS AXILARES Y HUMERALES, AORTA ABDOMINAL, TRONCO CELIACO, ARTERIAS ILIACAS, ARTERIAS RENALES, ARTERIAS MESENTERICAS, ARTERIAS FEMORALES Y POPLITEA. DOPPLER HEPATOPORTOESPLENICO. DOPPLER OBSTETRICO CON EVALUACION DE CIRCULACION PLACENTARIA	5,08	\$ 220.000
881620	881620AMB	ECOGRAFIA DE EXTREMIDADES - ARTICULAR - RODILLA	2,00	\$ 86.600
881332	881332AMB	ECOGRAFIA MAS URINARIAS (RIÑONES - VEJIGA Y PROSTATAS TRANSABDOMINAL)	2,24	\$ 97.200
882309	882309AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBROS SUPERIORES	5,08	\$ 220.000
881511	881511AMB	ECOGRAFIA VASCULAR TESTICULAR (VARICOCELE - TORCION) CON DOPPLER	2,58	\$ 111.800
882307	882307AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS SUPERIORES	5,08	\$ 220.000





**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DI VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
882308	882308AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ARTERIALES DE MIEMBROS INFERIORES	5,08	\$ 220.000
881630	881630AMB	ECOGRAFIA ARTICULAR DE CADERA	2,00	\$ 86.600
882316	882316AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS VENOSOS DE MIEMBRO SUPERIOR	5,08	\$ 220.000
881521	881521AMB	ECOGRAFIA DE PENE CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS	1,91	\$ 82.600
882203	882203AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS ABDOMINALES O PÉLVICOS	5,08	\$ 220.000
881621	881621AMB	ECOGRAFIA ARTICULAR DE TOBILLO	2,00	\$ 86.600
881611	881611AMB	ECOGRAFIA DE EXTREMIDADES - ARTICULAR - CODO	2,00	\$ 86.600
881118	881118AMB	CEREBRAL (ECOGRAFIA TRASNFONTANELAR) CON ANALISIS DOPPLER	1,93	\$ 83.800
881301	881301AMB	ECOGRAFIA DE TEJIDOS BLANDOS DE PARED ABDOMINAL Y DE PELVIS	1,50	\$ 65.000
882272	882272AMB	ECOGRAFIA DOPPLER DE VASOS DEL PENE	5,08	\$ 220.000
881613	881613AMB	ECOGRAFIA ARTICULAR DE MANO	1,43	\$ 62.000
881622	881622AMB	ECOGRAFIA ARTICULAR DE PIE	1,43	\$ 62.000
881502	881502AMB	ECOGRAFIA TRANSRECTAL	2,35	\$ 102.000

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los medicamentos, dispositivos e insumos utilizados para la realización del examen NO SE ENCUENTRAN incluidos, por lo tanto, serán facturados adicionalmente.

**ARTÍCULO CUARTO:** Crear código y tarifa institucional para realizar el cobro de los procedimientos de TOMOGRAFÍA realizados de manera AMBULATORIA, los cuales quedarán así:

CODIGO		DESCRIPCION	FACTOR SMMDLV	PRECIO DI VENTA
CUPS	INSTITUCIONAL			
879111	879111AMB	TAC DE CRANEO SIMPLE	5,68	\$ 246.324
879301	879301AMB	TAC DE TORAX	5,88	\$ 254.813
879391	879391AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE TORAX EXTENDIDO AL ABDOMEN SUPERIOR CON SUPRARRENALES	5,81	\$ 251.581
879162	879162AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE LARINGE	6,24	\$ 270.485
879420	879420AMB	TAC DE ABDOMEN TOTAL	7,66	\$ 332.119
879201	879201AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE COLUMNA SEGMENTOS CERVICAL, TORACICO, LUMBAR O SACRO, POR CADA NIVEL (TRES ESPACIOS)	5,26	\$ 228.039
879131	879131AMB	TAC DE SENOS PARANASALES O RINOFARINGE (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	6,37	\$ 276.157
879161	879161AMB	TAC DE LARINGE O CUELLO	5,38	\$ 232.977
879112	879112AMB	TAC DE CRANEO CON CONTRASTE	5,91	\$ 255.998
879205	879205AMB	TAC DE COLUMNA CERVICAL - DORSAL O LUMBAR (ESPACIO ADICIONAL)	2,70	\$ 117.000
879520	879520AMB	TAC DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	5,00	\$ 216.459
21716	21716AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES Y ARTICULACIONES	4,93	\$ 213.592
#N/D	#N/D	GUIA ESCANOGRAFICA PARA PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS; A LA ZONA AGREGAR	4,60	\$ 199.294
879510	879510AMB	TAC DE EXTREMIDADES SUPERIORES Y ARTICULACIONES	4,89	\$ 212.017
879121	879121AMB	TAC DE ORBITAS de orbitas (incluye cortes axiales y coronales)	4,42	\$ 191.717
879113	879113AMB	TAC DE CRANEO SIMPLE Y CON CONTRASTE	6,40	\$ 277.253
879460	879460AMB	TOMOGRAFIA PELVIS	5,19	\$ 224.737
879410	879410AMB	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	6,41	\$ 277.762
879430	879430AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE VÍAS URINARIAS [UROTAC]	15,71	\$ 680.700
879150	879150AMB	TAC DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	6,24	\$ 270.485
879522	879522AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE MIEMBROS INFERIORES (ANTEVERSION FEMORAL O TORSION TIBIAL)	1,68	\$ 72.985
879523	879523AMB	TAC DE ANTEVERSION FEMORAL O TIBIAL AXIALES DE ROTULA MEDIDA DE LONGITUD DE MIEMBROS INFERIORES	2,04	\$ 88.286
879905	879905AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA OSEA DE CUERPO ENTERO	19,43	\$ 842.000
879910	879910AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA EN RECONSTRUCCION TRIDIMENSIONAL	8,14	\$ 352.854
879122	879122AMB	TAC DE SILLA TURCA U OIDO (INCLUYE CORTES AXIALES Y CORONALES)	6,02	\$ 260.792
879114	879114AMB	CISTERNOGRAFIA	8,79	\$ 381.000
879421	879421AMB	TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CADERA	6,23	\$ 269.880

**Por la cual se crean Códigos y Tarifas Institucionales en la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander para servicios de Apoyo Diagnóstico en el Ámbito Ambulatorio**

**PARÁGRAFO PRIMERO:** Los medicamentos, dispositivos e insumos utilizados para la realización del examen NO SE ENCUENTRAN incluidos, por lo tanto, serán facturados adicionalmente.

**ARTÍCULO QUINTO:** BASE DE DATOS. Incluir en la base de datos del sistema de información DINÁMICA GERENCIAL HOSPITALARIA (DGH.NET), los códigos y tarifas de venta de los procedimientos 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.

**ARTÍCULO SEXTO:** AJUSTE TARIFARIO. Las tarifas institucionales serán ajustadas a partir del 1° de Enero de cada anualidad de acuerdo con el porcentaje de incremento del SMLMV (Salario mínimo legal mensual vigente), con base en lo establecido en el Decreto No. 2423 de 1996 (Compilado en el Decreto No. 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, Título 3, Capítulo 6, Anexo Técnico-1.

**ARTÍCULO SÉPTIMO:** PUBLICACIÓN. Ordenar la publicación del presente acto administrativo en la página web de la E.S.E Hospital Universitario de Santander y notificar conforme al Artículo 7° de la presente Resolución a las oficinas responsables del proceso.

**ARTÍCULO OCTAVO:** NOTIFICACIÓN. El presente acto administrativo se notificará a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios para sus fines pertinentes.

**ARTÍCULO NOVENO:** La presente Resolución quedará en firme desde el día siguiente a su publicación, comunicación o notificación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 87 de la Ley 1437 de 2011.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bucaramanga, a los

13 AGO 2024

TC (RA) RICARDO ARTURO HOYOS LANZIANO  
GERENTE E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

Proyectó:  
JORGE ELIECER ARGUELLO MORALES  
Profesional Universitario de Costos

Aprobó:  
Dr. VLADIMIR LOPEZ BARON  
Subgerente Administrativo y Financiero

Dra. GLORIA LUCÍA QUIROZ HERNÁNDEZ  
Subgerente Servicios Apoyo Diagnóstico

Revisó:  
Dra. PAOLA ANDREA ORTEGA S.  
Profesional Especializado IV Contratación Salud

Dra. YESSICA PAOLA MARQUEZ GUIERREZ  
Jefe Oficina Asesora Jurídica