



Hospital Regional de Sogamoso
 Empresa Social del Estado
 Nit.891855039-9



RESOLUCIÓN No. 007 DE 2019

(02 de enero de 2019)

Por medio de la cual se fijan las **TARIFAS INSTITUCIONALES** para la prestación de algunos servicios de salud

EL GERENTE DEL HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO E.S.E,
 En uso de sus atributos legales y,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 87 del Decreto 2423 de 1996, faculta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para definir las Tarifas Institucionales de los procedimientos y servicios que no estén codificados en dicho decreto.

En virtud de lo anterior, el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. podrá fijar las tarifas de transporte terrestre de Ambulancia Básica y Medicalizada, medios de contraste, material de osteosíntesis, oxígeno medicinal y demás servicios de salud que se encuentran dentro de su portafolio.

Que el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E., debe definir dichas Tarifas Institucionales para el proceso de facturación que se efectúa a los diferentes pagadores.

En merito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Fijar las tarifas para los servicios de transporte terrestre de ambulancia asistencial básica y medicalizada para los sitios de referencia de la Red Hospitalaria, a la cual pertenece el Hospital de acuerdo con la siguiente tabla:

TARIFAS DE AMBULANCIA BAJA COMPLEJIDAD		
SERVICIO	CÓDIGO	VALOR (\$)
TRASLADO SOGAMOSO BUCARAMANGA O VICEVERSA	1100034	1,805,000
TRASLADO SOGAMOSO DUITAMA O VICEVERSA	1100010	115,000
TRASLADO SOGAMOSO TUNJA O VICEVERSA	1100011	315,000
TRASLADO SOGAMOSO BOGOTA O VICEVERSA	1100012	1,325,000
TRASLADO SOGAMOSO SIMPLE LOCAL	1100005	50,000
TRASLADO SOGAMOSO REDONDO LOCAL	1100003	85,000
TRASLADO BUSBANZÁ – SOGAMOSO O VICEVERSA	1100001	160,000
TRASLADO BUSBANZÁ – DUITAMA O VICEVERSA	1100039	215,000
TRASLADO RURAL BUSBANZA. SE FACTURARÁ POR KM RECORRIDO (A DOS VECES EL KILOMETRAJE EXISTENTE ENTRE LOS DOS LUGARES)	1100040	3,500

Harac

[Handwritten signature]



TRASLADO URBANO BUSBANZA	1100041	35,000
TRASLADO URBANO PAJARITO	1100042	45,000
TRASLADO PAJARITO SOGAMOSO O VICEVERSA	1100043	505,000
TRASLADO PAJARITO DUITAMA O VICEVERSA	1100044	620,000
TRASLADO PAJARITO TUNJA O VICEVERSA	1100045	820,000
TRASLADO PAJARITO BOGOTÁ O VICEVERSA	1100046	1,825,000
TRASLADO PAJARITO YOPAL O VICEVERSA	1100047	505,000
TRASLADO PAJARITO AGUAZUL O VICEVERSA	1100048	385,000
TRASLADO PAJARITO VILLAVICENCIO O VICEVERSA (POR VÍA YOPAL)	1100049	1,295,000
TRASLADO RURAL PAJARITO. SE FACTURARÁ POR KM RECORRIDO (A DOS VECES EL KILOMETRAJE EXISTENTE ENTRE LOS DOS LUGARES)	1100050	4,500
OTRAS CIUDADES: SE FACTURARA POR KM RECORRIDO (A DOS VECES EL KILOMETRAJE EXISTENTE ENTRE LAS DOS LOCALIDADES)	1100007	2,500
HORA ADICIONAL DE ESPERA PASADAS (2) DOS HORAS DE LLEGADA AL SITIO DE REMISION. HORA O FRACCIÓN.	1100037	30,000

TARIFAS DE AMBULANCIA MEDICALIZADA		
SERVICIO	CÓDIGO	VALOR (\$)
SERVICIO A BUCARAMANGA	1100035	4,350,000
SERVICIO A BOGOTA	1100021	2,700,000
SERVICIO A TUNJA	1100020	800,000
SERVICIO A DUITAMA	1100019	350,000
SERVICIO SIMPLE LOCAL	1100036	200,000
SERVICIO REDONDO LOCAL	1100018	300,000
OTRAS CIUDADES: SE FACTURARA POR KM RECORRIDO (A DOS VECES EL KILOMETRAJE EXISTENTE ENTRE LAS DOS LOCALIDADES):	1100022	5,500
HORA ADICIONAL DE ESPERA PASADAS (2) DOS HORAS DE LLEGADA AL SITIO DE REMISION. HORA O FRACCIÓN.	1100038	60,000

TARIFAS DE AMBULANCIA SITIO DE OCURRENCIA DEL EVENTO A LA IPS		
SERVICIO	CÓDIGO	VALOR
GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE LA VICTIMA DESDE EL SITIO DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE DE TRANSITO, DEL EVENTO CATASTROFICO DE ORIGEN NATURAL O DEL EVENTO TERRORISTA A LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS EN SALUD EN AMBULANCIA BASICA O MEDICALIZADA.	1100029	DIEZ (10) SALARIOS MINIMOS DIARIOS LEGALES VIGENTES

No habrá recargo nocturno ni dominicales para los traslados efectuados por las Ambulancias Institucionales.

Traslado de 2 (dos) pacientes en la misma ambulancia. Un paciente se factura a tarifa plena y el otro con el 50% según corresponda el sito de destino y tipo de Ambulancia.

Handwritten signature



Los traslados fallidos se facturarán al 50% del valor de las tarifas establecidas, dependiendo del tipo de ambulancia solicitada (básica y/o medicalizada) y del recorrido objeto del traslado y que fuese fallido.

ARTÍCULO SEGUNDO: Fijar las tarifas para la prestación de servicio de oxígeno medicinal suministrado a los pacientes de acuerdo con la siguiente tabla:

FORMA DE ADMINISTRACIÓN	CÓDIGO	VALOR / HORA / FRACCIÓN (\$)
CÁNULA NASAL	1100006	3,800
MÁSCARA	1100024	8,700
VENTURÍ O TRAQUEOSTOMÍA	1100014	12,000
CÁMARA DE HOOD	1100015	14,600
CPAP	1100017	18,100
VENTILADOR MECÁNICO	1100016	21,700

Las anteriores tarifas no incluyen los materiales / insumos / etc. necesarios para la administración del oxígeno.

ARTÍCULO TERCERO: Fijar las tarifas para el suministro de Material de Osteosíntesis, el cual se facturará al precio de compra incrementado en un 12%. Este porcentaje incluye trámite administrativo, recepción, verificación, almacenamiento, lavado, esterilización, etc.

ARTÍCULO CUARTO: Fijar las tarifas para Exodoncias de incluidos por Especialista se facturará de la siguiente manera:

No. EXODONCIAS	UNA	DOS POR IGUAL VÍA	DOS POR DIFERENTE VÍA
ESPECIALISTA	248,400	248,400	248,400
DERECHOS DE SALA	209,700	209,700	209,700
DERECHOS DE MATERIAL	63,800	63,800	63,800
ESPECIALISTA	0	124,200	186,300
TOTAL	521,900	646,100	708,200

Los anteriores procedimientos quirúrgicos que requieran anestesiólogo generará cobro adicional y este se facturará de acuerdo al Grupo Quirúrgico al cual corresponda el procedimiento realizado al paciente.

ARTÍCULO QUINTO: Los procedimientos de Cirugía Laparoscópica o de mínima invasión se facturarán de acuerdo a la tarifa establecida en Decreto 2423 de 1996 para vía abierta. Pero teniendo en cuenta que muchos de los Procedimientos Laparoscópicos no tienen Tarifa Establecida en el Decreto 2423 de 1996 y por ende los materiales / insumos que en ellas se utilizan no se tuvieron en cuenta para establecer la Tarifa de dichos Procedimientos, el Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, facturará por los materiales / insumos utilizados para este tipo de procedimientos, los siguientes valores:

afaral

JA



NOMBRE	CÓDIGO	VALOR (\$)
Y de irrigación, fundas y otros	002280	42,500
Y de irrigación, fundas, paquete de clips	002254	115,000
Y de irrigación, fundas, paquete de clips, trócares	002168	565,000
Y de irrigación, fundas, paquete de clips, trócares, pinza armónica	002255	3,200,000
Y de irrigación, fundas, paquete de clips, trócares, pinza enseal	002256	2,900,000
Y de irrigación, fundas, paquete de clips, trócares, pinza armónica, pinza enseal	002257	5,500,000
Otras pinzas especiales no incluidas en las anteriores	002258	Valor de compra más el 12%

ARTÍCULO SEXTO: Fijar la tarifa de los pacientes que se encuentren en proceso de remisión, de la Estancia y Uso del Ventilador Mecánico (aplica en las mismas condiciones para el CPAP), de la siguiente manera:

• **Estancia:**

NOMBRE	CÓDIGO	VALOR (\$)
Estancia menor a seis horas	38925	Se cobrará sala de observación
Estancia superior a seis horas	38121	Se cobrará estancia unipersonal por cada día.

• **Uso ventilador mecánico:**

NOMBRE	CÓDIGO	VALOR (\$)
Menor a seis horas	38628	245,000
Superior a seis horas, y por cada 24 horas de uso	38629	485,000

Estos valores no incluyen el oxígeno, los materiales, insumos, medicamentos y/o procedimientos los cuales se cobrarán adicional.

PARÁGRAFO 1. Fijar la tarifa por el Préstamo del Ventilador Mecánico (aplica en las mismas condiciones para el CPAP), de la siguiente manera:

NOMBRE	CÓDIGO	VALOR (\$)
Menor a seis horas	38626	300,000
Superior a seis horas, y por cada 24 horas de uso	38627	600,000

Esta Tarifa no incluye los gastos del traslado, los insumos, el mantenimiento, los daños ocasionados, etc., los cuales estarán a cargo de la entidad a la cual se le presta el Equipo.

ARTÍCULO SÉPTIMO: Fijar la tarifa para algunos procedimientos endoscópicos:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	GRUPO
Laringoscopia. Aplica para extracción de cuerpo extraño. No incluye insumos	306004	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 05



/materiales/ medicamentos.		
Ligadura de várices esofágicas vía endoscópica. No incluye insumos/materiales/ medicamentos.	423305	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 10
Dilatación esofágica con dispositivo. Aplica para bujías de mercurio y otros. Tarifa por cada sesión. No incluye insumos /materiales/ medicamentos.	429209	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 07
Reposicionamiento de dispositivo en esófago vía endoscópica. No incluye insumos/materiales/ medicamentos.	429601	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 06
Extracción de dispositivo en esófago vía endoscópica. No incluye insumos /materiales/medicamentos.	429602	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 08
Gastrostomía vía percutánea (Endoscópica). No incluye insumos /materiales/ medicamentos.	431002	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 10
Ligadura endoscópica de várices gástricas. No incluye insumos/materiales/ medicamentos.	434101	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 10
Endoscopia del intestino grueso a través de estoma artificial. No incluye insumos /materiales/ medicamentos.	452201	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 10
Resección de pólipo endometrial por histeroscopia. No incluye insumos /materiales/ medicamentos.	682302	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 06
Miomectomía uterina única o múltiple por histeroscopia. No incluye insumos /materiales/ medicamentos.	682404	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 12
Ablación endometrial o endometrectomía por histeroscopia. No incluye insumos /materiales/ medicamentos.	682510	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 06

ARTÍCULO OCTAVO: Fijar la tarifa para algunos procedimientos quirúrgicos:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	VALOR (\$) Y/O GRUPO
Hernioplastias. No incluye la malla		Se facturarán 2 (dos) grupos quirúrgicos mayor respecto a la herniorrafía simple correspondiente según Decreto 2423 / 1996 vigente
Herniorrafía inguinal unilateral vía abierta. Si se hace como Hernioplastia . No incluye la malla	530001	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 09
Herniorrafía unilateral inguino escrotal vía abierta. Si se hace como Hernioplastia . No incluye la malla	530601	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 09
Herniorrafía umbilical vía abierta. Si se hace como Hernioplastia . No incluye la malla	534001	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 08
Herniorrafía epigástrica vía abierta. Si	535204	Se facturará como del Grupo

Charal

✗



se hace como Hernioplastia . No incluye la malla		Quirúrgico 08
Otras Hernioplastias. No incluye la malla		Según lo ya enunciado.

	CÓDIGO	VALOR (\$) Y/O GRUPO
Sutura de laceración diafragmática. Vía abdominal por Laparotomía	348202	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 12
Sutura de laceración diafragmática transtorácica. Vía Abierta	348204	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 13
Sutura de úlcera gástrica. Vía abierta	444101	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 13
Sutura de úlcera duodenal. Vía abierta	444201	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 13
Reparación de hernia incisional (eventración) encarcelada. Vía abierta	535001	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 10
Reparación de hernia incisional (eventración). Vía abierta	535101	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 09
Remoción manual de placenta retenida o revisión uterina, sin atención del parto. También aplica para el caso de atención de parto	754101	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 03
Omentectomía parcial. Vía abierta	544104	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 09
Omentectomía total. Vía abierta	544106	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 13
Miomectomía uterina única o múltiple por laparoscopia. No incluye insumos /materiales/ medicamentos.	682403	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 12
Legrado uterino obstétrico posparto o posaborto por aspiración al vacío. No incluye insumos/materiales/ medicamentos.	750105	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 04. Se factura Derechos de Sala y Derechos de Materiales
Taponamiento obstétrico de útero. No incluye Insumos/materiales/ medicamentos.	758001	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 07
Taponamiento obstétrico de vagina. No incluye Insumos/materiales/ medicamentos.	758002	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 06
Compresión hemostática por Laparotomía.	758003	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 08
Sustitución de tubo (sonda) de gastrostomía SOD. (Aplica botón y/u otro insumo). No incluye insumos/materiales/medicamentos	970200	Se facturará como del Grupo Quirúrgico 06

ARTÍCULO NOVENO: Fijar la tarifa para Clínica de Heridas, a nivel Hospitalario, Urgencias y Ambulatorio; teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia y el cambio en las tecnologías no contempladas en el Decreto 2423 de 1996:



NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	VALOR (\$)
CURACIONES. Paquete 1. Prevención – Baja Complejidad. Cada curación	869500P1	50,000
CURACIONES. Paquete 2. Baja complejidad con Tecnología. Cada curación	869500P2	120,000
CURACIONES. Paquete 3. Mediana complejidad con Tecnología. Cada curación	869500P3	185,000
CURACIONES. Paquete 4. Colostomías mediana complejidad con Tecnología. Cada curación	869500P4	100,000
CURACIONES. Paquete 5. Alta complejidad con Tecnología. Cada curación	869500P5	292,000
CURACIONES. Paquete 6: Colostomías Alta complejidad con Tecnología. Cada curación	869500P6	110,000
CURACIONES. Paquete 7: Especial complejidad con Tecnología. Cada curación	869500P7	479,000

PARÁGRAFO 1. El grupo Interdisciplinario de la Clínica de Heridas definirá el número de curaciones que requiere el usuario y generará la solicitud a fin de que se gestione la respectiva autorización por parte de la EPS a la que se encuentra afiliado el usuario.

PARÁGRAFO 2. Las tarifas no incluyen los servicios adicionales que pueden generarse por una complicación propia del procedimiento.

PARÁGRAFO 3. Los contenidos de cada Paquete están en el Documento diseñado por la Institución para tal fin.

ARTÍCULO DÉCIMO: Fijar la tarifa para cada uno de los siguientes procedimientos así:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	VALOR (\$)
Ecografía como guía para procedimientos	881701	106,000
Ecografía como guía para procedimientos con marcación	881702	106,000
Ecografía obstétrica de detalle anatómico	881437	290,000
Ecografía obstétrica con translucencia nugal	881436	290,000
Ecografía obstétrica transvaginal (para cervicometría)	881432	73,000
Ecografía obstétrica transabdominal (para barrido ecográfico cualquier tipo)	881431	53,000
Ecografía pélvica ginecológica (histerosonografía o histerosalpingosonografía). Incluye insumos / materiales / líquidos y ecografía.	881410	162.700
Otra Ecografía para barrido ecográfico cualquier tipo	881431-1	53,000
Ecografía doppler (a la zona agregar)	1100051	85,000
Ecografía de abdomen (píloro)	881313	106,000
Citrusina anticuerpos [anti péptido cíclico citrulinado] semiautomatizado o automatizado	906466	106,000
Calcio iónico	903604	20,000
Dímero D automatizado	902104	53,000
Drogas de abuso (benzodiazepinas, cocaína, barbitúricos, morfina, marihuana, anfetamina,	905727	160,000

Caral

AS



antidepresivos tricíclicos, metadona, metanfetaminas, metilendioximetanfetamina)		
Glucosa semiautomatizada (Glucometría)	903883	2,500
Manipulación de alimentos, paquete (serología, frotis de garganta, KOH uñas, coprológico).	1100052	32,000
Manipulación de alimentos, paquete (frotis de garganta, KOH uñas, coprológico).	1100053	21,500
Proteína c reactiva alta precisión automatizado	906913	14,000
Pro Péptido Atrial Natriurético [PRO-BNP] (Péptido Cerebral Natriurético)	903065	85,000
Péptido Atrial Natriurético [BNP] (Péptido Cerebral Natriurético)	903066	85,000
Somatomedina C (Factor 1 de crecimiento similar a la insulina o igf-1)	904101	85,000
Procalcitonina Semiautomatizado o Automatizado	906841	85,000
Treponema pallidum anticuerpos (prueba treponémica) manual o semiautomatizada o automatizada	906039	30,000
Virus de Inmunodeficiencia Humana CARGA VIRAL	908832	212,000
Virus sincitial respiratorio anticuerpos Ig G	906253	59,000
Virus sincitial respiratorio anticuerpos Ig M	906254	59,000
Consulta de primera vez por Medicina General (Aplica únicamente para Certificado para Estudiante por Médico General)	890201	8,500
Consulta de control o de seguimiento por Medicina General (Aplica únicamente para Certificado para Estudiante por Médico General)	890301	8,500
Consulta de primera vez por enfermería	890205	10,200
Consulta de control o de seguimiento por enfermería	890305	10,200
Consulta de primera vez por otras especialidades médicas. Aplica para Valoración inicial pericial por Médico Especialista. Incluye la revisión de la documentación, historia clínica, la consulta médica y el informe final.	890202	200,000
Consulta de primera vez por otras especialidades médicas. Aplica para Valoración inicial pericial por otro Profesional de la Salud. Incluye la revisión de la documentación, historia clínica que el paciente traiga, la consulta médica y el informe final.	890202-1	150,000
Consulta de control o seguimiento por otras especialidades médicas. Aplica para Valoración de control o seguimiento pericial por Médico Especialista. Incluye la revisión de la documentación, historia clínica que el paciente traiga, la consulta médica y el informe final.	890302	150,000
Consulta de control o seguimiento por otras especialidades médicas. Aplica para Valoración de control o seguimiento pericial por otro Profesional de la Salud. Incluye la revisión de la documentación, historia clínica que el paciente traiga, la consulta médica y el informe final.	890302-1	100,000



Cateterismo de vena umbilical sod	389200	125,000
Extracción de anticonceptivos subdérmicos por incisión	861203	150,000
Inserción de catéter epidural en canal espinal para infusión de sustancia terapéutica o paliativa. Analgesia epidural para la atención de parto. (no incluye insumos/materiales/medicamentos)	039001	281,000
Inserción de anticonceptivos subdérmicos (no incluye insumo/medicamento)	861801	91,000
Insumos / Medicamentos para micronebulizaciones. Por cada una de las sesiones	002259	10,100
Insumos / Medicamentos para cateterismo vesical. Por cada uno de los procedimientos	002260	26,100
Insumos / Medicamentos para cateterismo vesical, sonda 3 vías. Por cada uno de los procedimientos	002279	26,100
Inmovilización o manipulación articular inespecífica sod. Aplica para colocación de vendaje bultoso. No incluye insumos/materiales/medicamentos	936800	42,500
Inyección o infusión de otra sustancia terapéutica o Profiláctica. Inyectología por Enfermería (no incluye insumos/materiales/medicamentos)	992990	2,800
Lavado gástrico de limpieza sod. (Incluye únicamente por Médico General. No incluye insumos/materiales/medicamentos.	963300	25,000
Medición de agudeza visual	950601	5,300
Parche hemático epidural en canal espinal Sod	039500	106,000
Procedimientos básicos de extracción de cuerpo extraño en: dedos, manos, tejidos blandos, faringe, laringe y otros, realizados por médico general y que no requieren salas de cirugía. Cada uno	893000	73,000
Retiro de sutura en piel o tejido celular subcutáneo sod	869400	19,700
Sutura herida múltiple, en área general. Entre 2 y 5 suturas. Por Médico General en urgencias	865102	102,000
Sutura herida múltiple, en área general. Entre 6 y 10 suturas. Por Médico General en urgencias	865102-1	191,000
Toma no quirúrgica de muestra o tejido vaginal para estudio citológico	892901	9,700

ARTÍCULO DÉCIMO PRIMERO: Fijar la Tarifa para la Administración de Trombólisis Endovenosa de Ataque Cerebro - Vascular (ACV) Isquémico agudo, la cual incluye los honorarios profesionales, el medicamento (solo Alteplase) y monitorización del paciente.

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	VALOR (\$) Y/O GRUPO
Trombólisis de vasos intracraneales vía endovenosa 1 Kit	380111	9.069.300
Trombólisis de vasos intracraneales vía endovenosa 2 Kit	380111-1	15.100.100

afarce



PARÁGRAFO 1. Estos valores no incluyen la estancia, atención diaria, ayudas paraclínicas (laboratorios, radiografías, ecografías, tomografías, etc.), medicamentos diferentes al Alteplase, oxígeno, materiales, insumos, traslado en ambulancia, uso del ventilador, otros procedimientos (pasó de catéter venoso central, endoscopias, etc.) los cuales se cobrarán adicional según la Tarifa Pactada entre las partes.

ARTÍCULO DÉCIMO SEGUNDO: Fijar la Tarifa para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	VALOR (\$) Y/O GRUPO
IVE método por dilatación y curetaje. Incluye: Ecografía obstétrica (# 2), Consulta con Psicología (# 2), hemoclasificación, Consulta Ginecoobstetricia (# 3), procedimiento quirúrgico, estancia dos días, misoprostol, asesoría y método anticonceptivo (inyectable trimestral o inserción de DIU TCu). No incluye inmunoglobulina Anti D RH.	750301	1,100,000
IVE método por dilatación y curetaje. Incluye: Ecografía obstétrica (# 2), Consulta con Psicología (# 2), hemoclasificación, Consulta Ginecoobstetricia (# 3), procedimiento quirúrgico, estancia dos días, misoprostol, asesoría y método anticonceptivo (inserción de anticonceptivo subdérmico). No incluye inmunoglobulina Anti D RH.	750301-1	1,450,000
IVE método por aspiración al vacío. Incluye: Ecografía obstétrica (# 2), Consulta con Psicología (# 2), hemoclasificación, Consulta Ginecoobstetricia (# 3), procedimiento quirúrgico, estancia un día, AMEU, misoprostol, asesoría y método anticonceptivo (inyectable trimestral o inserción de DIU TCu). No incluye inmunoglobulina Anti D RH.	750302	1,350,000
IVE método por aspiración al vacío. Incluye: Ecografía obstétrica (# 2), Consulta con Psicología (# 2), hemoclasificación, Consulta Ginecoobstetricia (# 3), procedimiento quirúrgico, estancia un día, AMEU, misoprostol, asesoría y método anticonceptivo (inserción de anticonceptivo subdérmico). No incluye inmunoglobulina Anti D RH.	750302-1	1,650,000
IVE método con medicamentos. Incluye: Ecografía obstétrica (# 2), Consulta con Psicología (# 2), hemoclasificación, Consulta Ginecoobstetricia (# 3), medicamentos según Guía de Práctica Clínica, asesoría y método anticonceptivo (inyectable trimestral o inserción de DIU TCu). No incluye inmunoglobulina Anti D RH.	750303	645,000
IVE método con medicamentos. Incluye: Ecografía obstétrica (# 2), Consulta con Psicología (# 2), hemoclasificación, Consulta Ginecoobstetricia (# 3), medicamentos según Guía de Práctica Clínica, asesoría y método anticonceptivo (inserción de	750303-1	945.000

19



anticonceptivo subdérmico). No incluye inmunoglobulina Anti D RH.		
Consulta y orientación para interrupción voluntaria del embarazo (Consulta médica y psicológica de primera vez)	890250	110,000

ARTÍCULO DÉCIMO TERCERO: Fijar la tarifa para las Ayudantías Quirúrgicas:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	VALOR (\$) Y/O GRUPO
Ayudantías Quirúrgicas por Médicos Internos		Se Facturarán al 75% del valor de la Ayudantía Quirúrgica según el Grupo correspondiente de la cirugía realizada del Decreto 2423 de 1996 vigente. No se tendrá en cuenta la vía de acceso.
Grupo 06	391171	41,600
Grupo 07	391181	49,100
Grupo 08	391191	56,700
Grupo 09	391201	72,200
Grupo 10	391211	88,600
Grupo 11	391221	100,000
Grupo 12	391231	111,000
Grupo 13	391241	127,700
Grupo especial 20	391251	143,700
Grupo especial 21	391261	187,000
Grupo especial 22	391271	218,400
Grupo especial 23	391281	343,000

ARTÍCULO DÉCIMO CUARTO: Fijar la tarifa para Otros Servicios:

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO	VALOR (\$) Y/O GRUPO
Servicio de Esterilización por carga	1100055	150,000
Medio de Contraste, materiales e insumos para Tomografías. Por cada Tomografía	270151	265,000

ARTÍCULO DÉCIMO QUINTO: Las tarifas de Medicamentos e Insumos / Materiales que no han sido reglamentados por el Gobierno Nacional serán las definidas por el Hospital Regional de Sogamoso ESE y quedarán sujetas al incremento que el Gobierno Nacional y/o la IPS defina.

ARTÍCULO DÉCIMO SEXTO: Cuando el material de osteosíntesis sea suministrado por las diferentes Aseguradoras se cobrará un valor de \$ 100.000.00 (Cien mil pesos m/te.) por parte del Hospital Regional de Sogamoso ESE, que cubrirá gastos administrativos (solicitud, recepción, almacenaje, custodia, etc.) y demás.

ARTÍCULO DÉCIMO SÉPTIMO: Todas las anteriores Tarifas se **incrementarán** de acuerdo al porcentaje que reglamente el Gobierno Nacional para el Decreto 2423 de

afavor

[Handwritten signature]



Hospital Regional de Sogamoso
Empresa Social del Estado
Nit 891855039-9



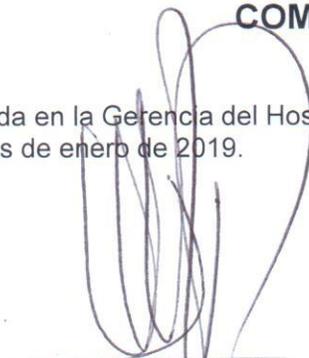
1996. En las que no aplique, de acuerdo al incremento de los precios en el mercado, la IPS defina.

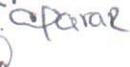
ARTÍCULO DECIMO OCTAVO: Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando la ESE Hospital Regional de Sogamoso realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa en el Decreto 2423 de 1996 o en esta Resolución, éste se reconocerá por la tarifa que en su momento defina el Hospital.

ARTÍCULO DÉCIMO NOVENO: La Presente Resolución rige a partir de la fecha y deroga la Resolución 002 del 02 de enero de 2018 en su totalidad y otras del 2018 que hayan fijado Tarifas Institucionales.

COMÚNIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en la Gerencia del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E, a los dos (02) días del mes de enero de 2019.


JULIO CESAR PINEROS CRUZ
Gerente.

Elaboró y Proyecto: Wilson Riveros Montaña. 
Revisó: Oscar Cuevas V. 
Katheryne Escobar I. 
Mónica Mesa R.
Geyman Cardozo P. 
Zamir Rojas 
Rocio Rodríguez N. 
Iris Mojica. 
Viviana Fonseca. 
Fredy González.