



**ISBM**  
INSTITUTO SALVADOREÑO DE  
BIENESTAR MAGISTERIAL

**CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
MÉDICO HOSPITALARIOS  
PARA LOS(AS) USUARIOS(AS) DEL  
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL ISBM**

SUSCRITO ENTRE

**EL INSTITUTO SALVADOREÑO  
DE BIENESTAR MAGISTERIAL**

Y

**EL HOSPITAL NACIONAL ROSALES**

PARA EL PERÍODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2013.

REPÚBLICA DE EL SALVADOR

San Salvador, diciembre de dos mil doce.



**NOSOTROS: RAFAEL ANTONIO COTO LÓPEZ**, mayor de edad, Profesor, del domicilio de la ciudad y departamento de San Salvador, portador de mi Documento Único de Identidad Número 00897954-6, actuando en nombre y representación del **INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**, en mi carácter de representante legal de la referida Institución, la cual es una entidad oficial autónoma, de derecho público, del domicilio de la Ciudad y Departamento de San Salvador, con Número de Identificación Tributaria 0614-221107-103-7, personería que legitimo por medio de: 1) Ejemplar del Diario Oficial Número DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS, Tomo TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE, de fecha dieciocho de diciembre de dos mil siete; en donde aparece publicada la Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, aprobada por medio de Decreto Legislativo Número CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO, de fecha veintidós de noviembre de dos mil siete, del cual consta que el INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL, es de las generales antes descritas, que la dirección y administración del mismo está a cargo de un Consejo Directivo, el cual está integrado por nueve Directores Propietarios, uno de los cuales será el Director Presidente, quien durará en sus funciones un período de CINCO AÑOS y será nombrado por el Señor Presidente de la República; que dentro de las atribuciones del Consejo Directivo se encuentra la de acordar la celebración de todo tipo de contratos; que el Director Presidente del Consejo Directivo, es el Presidente del ISBM y ejerce la representación legal del mismo; 2) Ejemplar del Diario Oficial Número CIENTO CUARENTA Y TRES, Tomo TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO, de fecha treinta de julio de dos mil nueve, que contiene el Acuerdo Ejecutivo Número CIENTO DIECIOCHO, emitido por el Señor Presidente de la República, Carlos Mauricio Funes Cartagena, el día ocho de julio de dos mil nueve, por medio del cual se me nombró a partir de esa fecha, como Director Presidente del Consejo Directivo del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, para un período de CINCO AÑOS; 3) Certificación del Punto **NUEVE**, del Acta Número **CIENTO SETENTA Y OCHO**, de la Sesión ordinaria, celebrada en esta ciudad el día veinte de diciembre de dos mil doce, en el cual se acordó autorizar al Director Presidente para suscribir el presente Convenio; que en el transcurso de este convenio me denominare "el ISBM" y por otra parte **MAURICIO VENTURA CENTENO**, mayor de edad, Doctor en Medicina, del domicilio de Santa Tecla, Departamento de La Libertad, portador de mi Documento Único de Identidad 02573832-7, actuando en nombre y representación del **HOSPITAL NACIONAL ROSALES**, con Número de Identificación Tributaria 0614-110222-002-6 en mi calidad de DIRECTOR del referido Hospital, personería que se

acredita con el Contrato Número CERO CERO UNO/DOS MIL DOCE, del Ministerio de Salud, mediante el cual se me nombra en el cargo de Director Médico Hospital Especializado para el período comprendido del uno de marzo al treinta y uno de diciembre de dos mil doce; de conformidad al Reglamento General de Hospitales, el cual en el artículo siete textualmente establece: "cada Hospital tiene carácter de Persona Jurídica y su Representante Legal es el Director, quien está facultado para representarlo judicial y extra judicialmente" y que en el transcurso de este convenio me denominare "el Hospital"; según lo dispuesto en el **CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL Y EL MINISTERIO DE SALUD**, suscrito el dieciocho de julio de dos mil once, acordamos celebrar el presente **CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO HOSPITALARIOS** que se regirá por las cláusulas siguientes:

#### **CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO**

El presente Convenio tiene por objeto establecer los términos y condiciones bajo los cuales el **Hospital** proporcionará servicios médico-hospitalarios a los(as) docentes cotizantes y sus beneficiarios(as), así como a los(as) docentes subsidiados(as), como usuarios(as) del Programa Especial de Salud del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES**

Para efectos de mejor comprensión del presente Convenio, deberán tenerse en cuenta las siguientes definiciones:

- **CONVENIO:** Es el documento suscrito entre dos instituciones en el que manifiestan la voluntad y compromiso de desarrollar en forma planificada, actividades de interés común, en el cual se expresa la confianza y buena voluntad entre las partes, comprometidas para desarrollar actividades de cooperación mutua.
- **ISBM:** Es la entidad oficial autónoma de derecho público con personalidad jurídica y patrimonio propio, el cual tiene por objeto la administración de las cotizaciones destinadas al financiamiento de un Programa Especial para brindar servicios de asistencia médica hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y demás prestaciones que establece la Ley.

- **EL HOSPITAL:** Identifica al “**HOSPITAL NACIONAL ROSALES**”, de la ciudad de San Salvador, Departamento de San Salvador, clasificado como **Hospital Especializado**, en los términos de referencia de los servicios prestados por hospitales nacionales, año 2013.
- **USUARIOS(AS):** Se entenderán como usuarios(as) del Programa Especial de Salud del ISBM, los(as) servidores(as) públicos(as) docentes que prestan sus servicios al Estado en el Ramo de Educación, cualquiera que fuere su forma de nombramiento, desempeñando la docencia o labores de dirección en sus respectivos centros educativos, o laborando en las unidades técnicas del Ministerio de Educación; el cónyuge o su conviviente y los(as) hijos(as) menores de veintiún años de edad que se encuentren solteros(as) y el(la) hijo(a) de cualquier edad, si es inválido total y su invalidez se hubiese originado siendo beneficiario(a); así como los docentes que se encuentren recibiendo subsidio por incapacidad permanente.
- **MÉDICO DE APOYO ADMINISTRATIVO:** Servidor(a) Público(a) de la División de Supervisión y Control del ISBM responsable de resolver, autorizar y orientar al usuario(a) en los problemas administrativos relacionados con la prestación de los servicios médicos hospitalarios que prestan los proveedores al Programa Especial de Salud.
- **SUPERVISOR DE APOYO MÉDICO-HOSPITALARIO:** Servidor(a) Público(a) de la División de Supervisión y Control del ISBM responsable del monitoreo, supervisión y control de las actividades médico hospitalarias que desarrollará el Hospital.

**CLÁUSULA TERCERA: IDENTIFICACIÓN DE LOS USUARIOS**

El Hospital, deberá identificar a los (as) usuarios(as) del Programa Especial de Salud mediante la presentación de su respectivo carné vigente, extendido por el ISBM.

**En consecuencia, es obligación de los(as) usuarios(as) del Programa, la presentación al Hospital de dicho carné al momento de requerir los servicios, exceptuando aquellos casos en que por una emergencia no porta el carné, quien está obligado a presentar su carné una vez superada la emergencia.**

**CLÁUSULA CUARTA: ALCANCE DEL SERVICIO**

El Hospital, brindará los servicios médico-hospitalarios de atención de emergencias, hospitalización, cirugías electivas y otros servicios, según lo detallado en la oferta de servicios y conforme al **CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL Y EL MINISTERIO DE SALUD**, que forman parte de los documentos contractuales anexos de este Convenio. Dentro de la prestación del servicio el Hospital deberá atender las situaciones siguientes:

- 1) Para realizar cirugías electivas el Hospital deberá tramitarlas a través del formulario respectivo y requerirá contar con la autorización previa del Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario del ISBM asignado al Hospital.
- 2) Para el caso de los servicios de consulta externa especializada requerirá la presentación de la referencia del Médico Magisterial o del Médico de Apoyo Administrativo de la Sede Central o de los Centros de Atención Regional de Oriente y Occidente del ISBM, debidamente fechada, firmada y sellada por él.
- 3) En otros servicios tales como exámenes y procedimientos de laboratorio clínico y patológico, radiología e imagenología, se requerirá de la presentación de las boletas, fechadas, firmadas y selladas por los médicos de la planta del Hospital ofertada, y en aquellos casos en los que aplique, serán los mismos requerimientos para los proveedores del Programa Especial de Salud ya sea el Médico de Magisterial, Médico Especialista o Subespecialista o Médico de Apoyo Administrativo del ISBM.
- 4) Será obligación del Hospital dejar constancia de los resultados en las boletas correspondientes de los exámenes de laboratorio clínico, patológico, radiología e imagenología y cualquier otro procedimiento de diagnóstico, los cuales deberán estar anexos en los expedientes clínicos de los pacientes o en los registros que correspondan, debidamente firmado y sellado por el profesional responsable.
- 5) Cuando en los servicios realizados se presenten complicaciones y/o hallazgos que no sean atribuibles a procedimientos inadecuados, no relacionados con el acto quirúrgico primario y que requieran un procedimiento adicional, deberán estar debidamente

justificado en el expediente. Para la determinación del pago se hará una revisión médica conjunta debidamente justificada y documentada, y de la cual deberá quedar constancia escrita; de ser procedente será cancelado por el ISBM de acuerdo a los aranceles ofertados; dichos procedimientos adicionales deberán contar con la autorización del Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario asignado al Hospital.

- 6) Cuando **por excepción** se requieran servicios no contemplados en la oferta del Hospital, éste deberá tramitar la autorización al ISBM en los plazos correspondientes a la necesidad del servicio. Para el pago de estos servicios, el Hospital deberá contar con la autorización del Comité Técnico Médico correspondiente y el Visto Bueno de la Sub Dirección de Salud a través de su División de Supervisión y Control. El pago de estos servicios, se hará de acuerdo a los aranceles establecidos en procedimientos de complejidad similar y en caso de que representen un incremento al monto máximo mensual del convenio, se requerirá la tramitación de resolución modificativa.
- 7) Excepcionalmente, este convenio podrá amparar otro tipo de procedimientos o atenciones siempre y cuando sean emergencias, y cuando la no realización de ese procedimiento ponga en riesgo la vida o exista la elevada probabilidad de que se menoscabe la calidad de vida del maestro o maestra y/o de cualquiera de sus beneficiarios, el Hospital deberá justificar en el expediente y notificar al Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario asignado del ISBM en los plazos correspondientes la necesidad del servicio. Para el pago de éstos servicios, el Hospital deberá contar con la autorización del Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario asignado al Hospital.

Todo lo relacionado en la presente cláusula con respecto al alcance de los servicios se deberá realizar de conformidad a la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**.

**CLÁUSULA QUINTA: DISPOSICIONES Y ACTIVIDADES GENERALES RELATIVAS A LOS SERVICIOS**

El Hospital, deberá cumplir con las siguientes disposiciones generales:

- 1) Contar con la capacidad instalada en infraestructura hospitalaria, recurso humano, equipo, materiales e insumos para la realización de los procedimientos de cada especialidad médica ofertados por el Hospital, incluyendo emergencias las cuales no necesitan referencia del Médico Magisterial ni del Médico Especialista.
- 2) Atender a todos los pacientes que consultan en la unidad de emergencias, brindándoles la atención de acuerdo a la complejidad de cada caso, apoyando el proceso de educación en salud del sistema; sobre el uso adecuado de los servicios de Emergencia de los Hospitales y el tiempo estimado de la resolución de su problema de salud.
- 3) Para la atención de los pacientes del Programa Especial de Salud del ISBM, el Hospital **debe garantizar un trato preferencial en la prestación de servicios**, contando para ello con áreas identificadas para acceder a la prestación del servicio y contar con el Recurso Humano para la orientación al usuario del ISBM sobre los procedimientos a seguir para la atención del caso de acuerdo a la complejidad; en caso contrario el ISBM se reserva el derecho de iniciar el proceso de terminación del Convenio, de conformidad a lo establecido en la Cláusula **CAUSALES DE TERMINACIÓN**, del presente Convenio.
- 4) Llenar adecuadamente toda la documentación pertinente al Hospital, así como los formularios de acuerdo al modelo proporcionado por el ISBM, sobre los procedimientos realizados y cualquiera otra documentación exigida por el ISBM.
- 5) Atender todas las emergencias que no puedan diferirse, para lo cual contará con personal de planta en la emergencia, así como un rol de turno de llamada de las especialidades y sub- especialidades convenidas en la oferta de servicio, las que serán requeridas de acuerdo al caso. Las atenciones de Emergencias, Consulta Externa Programada, Servicios de laboratorio y Cirugías Programadas deberán ser atendidas independientes del número y del monto mensual asignado.

- 6) En la prestación de sus servicios a los usuarios del ISBM, el Hospital deberá cumplir con las disposiciones de la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**, demás lineamientos del ISBM y las guías y protocolos de manejo de atención del Hospital.
- 7) No están incluidos en la propuesta de paquete quirúrgico, día cama hospitalario y día cama cuidados intermedios, los servicios siguientes:
  - a. Los exámenes de laboratorios clínicos, radiológicos o patológicos que de forma individual o acumulada sean mayores de **CINCUENTA DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US \$ 50.00)**; y
  - b. Las terapias respiratorias y físicas que no sean inherentes a la patología.
- 8) Para el día cama en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI e Intermedios) no están incluidos los procedimientos y exámenes cuyo costo individual o acumulado, sea mayor a **CIENTO CERO/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US \$100.00)**.

Para la atención de los usuarios del ISBM, el Hospital cuenta con un cuadro básico de medicamentos, anexo a su oferta de servicios, el cual ha sido previamente consensuado, firmado y sellado por ambas partes y forma parte integrante del presente Convenio, los cuales están incluidos en los paquetes de servicios. En el caso de la consulta de emergencia y especializada, deberán ser proveídos por el Hospital, siempre y cuando estos estén dentro de su cuadro básico.

- 9) La consulta de emergencia y la consulta externa especializada será cancelada de conformidad a los términos especificados en la oferta. Si se requirieren exámenes médicos adicionales que puedan realizarse dentro del Hospital, estos deberán estar justificados en el expediente clínico con el visto bueno del Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario, y de ser conforme, serán cobrados según los aranceles convenidos; el paquete de atención de emergencia y la consulta externa especializada no incluyen las atenciones de terapia respiratoria. El arancel de la terapia respiratoria

ofertada deberá incluir el medicamento y materiales a utilizar. Si de la consulta de emergencia resultare algún procedimiento arancelado, no se reconocerá el costo de la consulta, sino solo el del procedimiento.

- 10) El Hospital, podrá brindar servicios de exámenes de laboratorio clínico, patológico y radiológico a requerimiento del ISBM para pacientes ambulatorios según los aranceles convenidos. Para la atención de dichos servicios el Hospital requerirá la presentación de las boletas del programa del ISBM, debidamente fechadas, firmadas y selladas por los Médicos del Programa Especial de Salud.
- 11) Todo procedimiento o examen que no esté debidamente justificado, documentado y que no cuente con su respectiva respuesta o interpretación diagnóstica en el expediente clínico del paciente **será cancelado hasta que sea subsanado.**
- 12) En la prestación de los servicios, se deberán acatar las disposiciones de la **Norma Salvadoreña Obligatoria para el Manejo de los Desechos Bioinfecciosos NSO 13.25.01:05.**
- 13) En los casos de hospitalización, cada expediente debe contar con dos (2) notas de evolución diarias que especifiquen la hora, justificación clara de la causa del ingreso y otros datos relevantes del estado del paciente, de acuerdo a la **"NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL"**.

El **Hospital** brindará los servicios requeridos por el ISBM para la atención de los(as) cotizantes y sus beneficiarios(as) así como los maestros(as) subsidiados(as), según su capacidad de resolución y disponibilidad y de acuerdo a la norma técnica mencionada. Para tales efectos se comprenderán los servicios especificados en la Oferta de Servicios presentada por el Hospital y aceptada por el ISBM.

- 14) Los expedientes clínicos de los derechohabientes del ISBM son documentos legales, confidenciales, privados y propiedad del ISBM, los cuales permanecerán en custodia del Hospital y si fuere necesario a solicitud del ISBM, remitir informes de los referidos expedientes, serán impresos, foliados y certificados administrativamente por el Director del Hospital, con el propósito de darle validez legal.

#### **CLÁUSULA SEXTA: DISPOSICIONES ESPECIALES**

- 1) Para el caso excepcional de procedimientos no arancelados y que se realicen en el hospital, que requieran ser realizados por el Hospital para la atención de emergencia de cualquiera de los usuarios del ISBM, se reconocerá el pago de los mismos conforme al arancel establecido en procedimientos de complejidad similar. Previamente al trámite de pago de estos procedimientos, el Hospital deberá justificar el procedimiento en el expediente clínico y obtener el visto bueno del Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario.
- 2) En vista de que el Hospital cuenta con un equipo de médicos contratados para la atención de los pacientes hospitalizados usuarios del ISBM; **excepcionalmente** la segunda nota de evolución del paciente que registra la segunda visita diaria del paciente, requerida en la Norma Técnica que se encuentra vigente, en los casos de pacientes estables podrá ser asentada por el médico de planta asignado por parte del Hospital para el servicio de los pacientes del ISBM. En todo caso el responsable del tratamiento del paciente será el médico especialista que tenga asignado el caso.

#### **CLÁUSULA SEPTIMA: OTRAS DISPOSICIONES APLICABLES**

En la ejecución del presente Convenio, serán aplicables las disposiciones siguientes:

- 1) Para efectos de este Convenio se comprenderán los servicios y tarifas detalladas en la Oferta presentada por el Hospital.
- 2) El Hospital, proporcionará a los(as) pacientes: el personal médico y paramédico, las instalaciones, equipo, el material médico-quirúrgico, que se utilice en los distintos servicios, así como los medicamentos y/o exámenes de laboratorio clínico patológico,

radiología e imagenología y cualquier otro procedimiento de diagnóstico de acuerdo a lo ofertado.

- 3) Los medicamentos prescritos para el paciente ambulatorio serán los que contenga el Cuadro Básico de Medicamentos ofertado por el Hospital. Las vitaminas podrán ser indicadas solamente a mujeres en período de embarazo y a niños menores de dos años de edad, asimismo se podrá indicar a pacientes que por su patología lo ameriten, para lo cual deberán estar debidamente justificados en el expediente clínico y establecerse tal circunstancia en la receta.
- 4) El Hospital, es el responsable del paciente desde que éste entra al Hospital y de garantizar que se le proporcione la atención médica, que necesite para la atención y todos los procedimientos necesarios de acuerdo a la oferta de servicios y a la capacidad instalada, para restablecer la salud del usuario y sea dado el alta del servicio.
- 5) En caso de que el **ISBM**, detecte la necesidad de dispensar medicamentos a pacientes ambulatorios por medio de los Hospitales Nacionales en una determinada zona, considerando la oportunidad de la entrega y accesibilidad de sus usuarios(as), solicitará por escrito al Hospital el despacho de medicamentos para pacientes con recetas de Médicos Magisteriales, especificando el período de tiempo necesitado, este numeral operará por mutuo acuerdo entre el ISBM y el Hospital respectivo.
- 6) El Hospital, deberá garantizar un médico responsable de la atención de los (las) pacientes del ISBM las veinticuatro horas del día, cuyo accionar estará regido por lo dispuesto en la norma correspondiente.
- 7) El Hospital deberá designar un médico coordinador de acuerdo a normativa vigente del ISBM, quien funcionará como enlace entre el Hospital y el ISBM y será el responsable de garantizar el cumplimiento de la debida atención médica y de todos los lineamientos y cláusulas del Convenio y otros documentos normativos.

- 8) El ISBM, realizará las visitas de monitoreo, control o evaluación que considere necesarias en la prestación de los servicios médico hospitalarios brindados a sus usuarios, para lo cual el Hospital estará en la obligación de brindar toda la información y documentación requerida para tal fin. Asimismo, el Hospital deberá proporcionar la documentación que con motivo de la prestación de estos servicios le requieran otras instituciones contraloras del Estado.
- 9) El Hospital, deberá permitir el ingreso de los Médicos Supervisores y tratantes pertenecientes al Programa Especial de Salud del ISBM debidamente identificados para visitar a sus pacientes y a la revisión de sus respectivos expedientes.
- 10) El ISBM, podrá solicitar al Hospital la inclusión de sus usuarios(as) en Programas Estatales tales como, vacunación, atención de pacientes con VIH/SIDA, entre otros, cuyos aranceles están fijados en el Convenio Marco.
- 11) Todo procedimiento quirúrgico electivo deberá ser gestionado de conformidad a lo que establece la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**.
- 12) El Hospital, tiene la obligación de que previo a un procedimiento quirúrgico electivo, procedimiento quirúrgico de emergencia, procedimiento diagnóstico invasivo y tratamiento farmacológico potencialmente tóxico, informar al usuario sobre los riesgos que conlleva el hacerlo o no hacerlo, existencia de otros tratamientos si los hubiere, efectos colaterales o adversos y que éste libremente firme el consentimiento informado correspondiente.
- 13) Cuando un(a) usuario(a) voluntariamente exija el alta antes del período estipulado para su recuperación o el tiempo establecido en los paquetes quirúrgicos convenidos, el Hospital tiene la obligación de que el (la) usuario(a) firme el alta exigida, posterior a que el médico tratante explique y consigne en el formulario establecido en forma clara y sencilla cuales son los riesgos que conlleva al exigir el alta.

- 14) El ISBM, se reserva el derecho de administrar encuestas de satisfacción de usuario en cuanto al servicio prestado, cuyo resultado se hará del conocimiento del Hospital respectivo.

**CLÁUSULA OCTAVA: DISPOSICIONES ESPECIALES APLICABLES A USUARIOS(AS) DE LOS SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS**

Será obligación del Hospital reportar los servicios médicos, a los(as) usuarios(as) comprendidos(as) dentro de la Cláusula Primera de este documento, cuando estos se originaron por enfermedades provenientes del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas, drogas y psicofármacos y abortos provocados y cualquier otra circunstancia originada por mala conducta del usuario de conformidad a lo establecido en el Art. 40 de la Ley del ISBM.

Estos servicios médicos indispensables deberán estar debidamente justificados en el expediente clínico y serán validados por la División de Supervisión y Control a través del Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario asignados, para lo cual el Hospital deberá enviar un informe técnico médico de la atención brindada dentro de las cuarenta y ocho horas de brindado el servicio, con el propósito de dar cumplimiento a lo establecido en el Art. 48 de la Ley del ISBM.

Asimismo de conformidad a lo establecido en el Art. 25 de la Ley del ISBM, queda excluido de la cobertura de la atención médico hospitalario del Programa especial de salud del ISBM la atención de embarazo, parto, puerperio, de las hijas de los(as) servidores(as) públicos docentes, además tratamientos de infertilidad y otros afines, a los(as) usuarios(as), así como otros servicios expresamente excluidos en el literal "b" del mencionado artículo, salvo las excepciones que la misma disposición establece. En caso de contravenirse esta disposición, el ISBM no reconocerá ningún pago al Hospital.

**CLÁUSULA NOVENA: OBLIGACIONES DEL ISBM**

El ISBM, se obliga a efectuar los pagos de los montos correspondientes a los servicios que haya brindado el Hospital, de conformidad a lo especificado en la respectiva oferta de servicios y detalle de aranceles previamente convenidos por las partes, de la siguiente forma: El **monto máximo mensual** de los servicios Médico-Hospitalarios, será de **DOSCIENTOS SETENTA MIL 00/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$270,000.00)** haciendo un monto máximo total por el período contratado de **TRES MILLONES**

**DOSCIENTOS CUARENTA MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$3,240,000.00).**

El **ISBM**, hace constar que para cubrir el pago de los servicios amparados por el presente convenio de servicios médico hospitalarios se cuenta con la Certificación de Disponibilidad Presupuestaria correspondiente de la Unidad Financiera del **ISBM**.

**CLÁUSULA DÉCIMA: FORMA DE PAGO**

Los servicios proporcionados por el Hospital se cancelarán mensualmente. El Hospital y el ISBM acuerdan que el pago será realizado mediante Cheque. Para tramitar el pago requiere la presentación de los documentos e informes necesarios, en forma escrita y en medio magnético, durante los primeros quince días hábiles del mes siguiente a la prestación del servicio, en la oficina encargada de la Revisión de Documentos para Pago del ISBM, en San Salvador o en los Centros de Atención Regional de la Zona correspondiente.

**El Hospital**, deberá presentar mensualmente para trámite de pago de sus servicios, como mínimo los siguientes documentos:

- i) Recibo original, en papel simple, en el que se indique la descripción del servicio contratado y una copia del mismo según formato que proporcione el ISBM.
- ii) Censo Diario de Atención de Pacientes y Consolidado Mensual de Atenciones, ambos en el formato digital proporcionado por el ISBM, en medio magnético de Disco Compacto (CD) y en forma impresa, debidamente firmado y sellado en original;
- iii) Para respaldar los servicios proporcionados adjuntarán los formularios institucionales correspondientes al tipo de servicio brindado con su respectiva hoja de procedimientos cuando sea requerido, recetas y otros anexos si los hubiere.
- iv) Acta de Recepción de Servicios emitida por la oficina encargada con sus respectivas firmas.

- v) Cualquier otro informe o documentación que le requiera el ISBM y/u otras Instituciones Interventoras del Estado.

La documentación para trámite de pago deberá ser presentada con la nitidez y limpieza requerida, sin enmendaduras, tachaduras, borrones o alteraciones. El hecho de efectuar un pago al Hospital, no lo liberará de sus responsabilidades.

En casos excepcionales, el Hospital, podrá presentar documentos para cobro en un plazo máximo de sesenta días posteriores al mes del servicio brindado, anexando la debida justificación escrita.

La Unidad Financiera del ISBM, se reserva el derecho de cambiar el plazo de presentación, el tipo o el número de informes o documentos para pago que se le requerirán al Hospital, lo cual se le informará por escrito estableciéndosele el plazo estipulado para cumplir con dicho requerimiento.

Los remanentes mensuales que no sean utilizados por el Hospital en cada mes, podrán utilizarse para cubrir montos excedentes en los meses subsiguientes cuyo monto máximo mensual asignado resulte insuficiente, según la demanda de servicios, sin que estos remanentes excedan el monto máximo total asignado.

En casos excepcionales en que el monto máximo mensual se encuentre agotado antes de finalizar el mes de servicio y se presentaren atenciones de emergencia que no pudieran diferirse, el Hospital deberá atenderlas de acuerdo a lo establecido en la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**, para efectos de pago de estos servicios el Hospital **deberá tramitar la resolución modificativa que corresponda.**

Los pagos los efectuará el **ISBM** a favor del **Hospital** en un plazo no mayor de treinta días calendario, a partir de la fecha de presentación del cobro respectivo siempre y cuando la documentación del cobro esté en legal forma, según lo requerido por el ISBM.

El Hospital, se obliga especialmente, a presentar al ISBM los informes que le sean requeridos por éste y aquellos a los que estuviere obligado y que aparezcan indicados en los Términos de Referencia de los Servicios requeridos y/o en otros documentos contractuales. El ISBM analizará y evaluará los informes presentados por el Hospital, **emitiendo por escrito** su aprobación, rechazo o reclamo. De existir observaciones o reclamos a los servicios prestados, el Hospital deberá atenderlos y subsanarlos en un plazo máximo de **ocho días hábiles** contados a partir del siguiente al de la notificación. Subsanaadas las observaciones, se dará curso al trámite de pago. En caso de que el Hospital no subsane las observaciones en el plazo estipulado, se aplicarán los descuentos correspondientes. Es especialmente convenido por las partes, que la oficina encargada de la tramitación de pagos del ISBM podrá efectuar los descuentos proporcionales de aquellas atenciones o medicamentos que no se encuentren documentalmente respaldados aun cuando las mismas estén comprendidas dentro de paquete. En todo lo demás relativo al pago, se estará a lo establecido en los procedimientos administrativos de pago.

El **ISBM**, no hará ningún pago que no corresponda a los servicios médico-hospitalarios descritos y especificados en la oferta del **Hospital**, salvo en aquellos casos que se compruebe que debido a la emergencia se debe de contar con los servicios no arancelados, debiendo informar y justificar el Hospital al Supervisor de Apoyo Médico-Hospitalario asignado sobre dicha emergencia, quién revisará la justificación en el expediente clínico respectivo y de ser conforme firmará para su autorización, antes de presentar el cobro correspondiente. En todos estos casos, se estará a lo dispuesto en la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”**.

Efectuados los descuentos en el pago de servicios, el Hospital no podrá alegar posteriormente ninguna deuda o mora en los pagos y estará obligado a seguir brindando los servicios convenidos a los usuarios del ISBM.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA: OTRAS DISPOSICIONES APLICABLES AL USUARIO(A) Y SU GRUPO FAMILIAR**

El Hospital, podrá solicitar a los(as) usuarios(as) del ISBM y demás familiares que visiten a los pacientes ingresados en esas instalaciones, que se comporten adecuadamente durante sus visitas, utilicen el debido vocabulario y que respeten al personal que ahí labora, debiendo respetar también las otras indicaciones y normativas internas del Hospital que se encuentren

debidamente rotuladas y publicitadas en sus distintas áreas físicas. El horario de visita se establecerá de 12:00 m a 2:00 pm y de 5:00pm a las 7:00pm, en casos excepcionales cuando el paciente necesite cuidados especiales que pueden ser proporcionados por el familiar durante las veinticuatro horas, el familiar del usuario deberá solicitar a la Dirección del Hospital o a la persona designada para tal efecto, el permiso respectivo, teniendo que respetar las horas de la visita médica.

El hospital proporcionará dos tarjetas de visita por paciente ingresado.

Bajo ningún concepto y en ningún caso el Hospital solicitará al usuario(a) del Programa Especial de Salud del ISBM o familiares de éste, pagos adicionales por la prestación de servicios, así como pagos por servicios diferentes a la atención médico hospitalario tales como tarjetas de visita, alimentación. etc.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: EJECUCIÓN**

El Convenio se ejecutará con arreglo a sus Cláusulas, a la “**NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL**”, al texto de los demás documentos anexos. De igual forma, el Hospital deberá observar todo lo prescrito en tales documentos y dar cumplimiento a lo estipulado en ellos durante la ejecución del Convenio.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: SUPERVISIÓN Y CONTROL**

El **ISBM** se reserva el derecho de supervisar, monitorear y controlar la ejecución del presente convenio para lo cual realizará visitas programadas o en cualquier momento, mediante la División de Supervisión y Control del ISBM o por medio de cualquier representante autorizado, para lo cual el Hospital deberá brindar toda la información y documentación que se le requiera relacionada con el servicio proporcionado, siendo responsabilidad del ISBM los costos de reproducción.

Cuando el servicio monitoreado o verificado no se ajuste a los términos señalados, el **ISBM** podrá rechazarlos y el Hospital deberá, **sin cargo** para el ISBM, reemplazarlos o hacerles las modificaciones necesarias para que el servicio cumpla con las especificaciones del Convenio en la forma y oportunidad que le sean requeridas.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: CESIÓN**

El **Hospital**, no podrá transferir, comprometer, ceder su derecho a recibir pagos o hacer cualquier otra transacción sobre este Convenio o parte de él a persona alguna, nacional o extranjera, sin la autorización por escrito del ISBM.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: CAUSALES DE TERMINACIÓN**

El presente Convenio se dará por terminado, sin responsabilidad para el ISBM, por cualquiera de los siguientes motivos:

- a) Por faltas graves a la ética profesional del personal del Hospital destinado para atender a usuarios del ISBM, debidamente documentadas, en donde el hospital no tome las medidas legales correspondientes contra el o los infractores;
- b) Cuando existieren quejas documentadas y verificadas de **ABUSO O MALTRATO EN CONTRA DE LOS USUARIOS** del ISBM, en donde el hospital no tome las medidas legales correspondientes contra el o los infractores;
- c) Por discriminación a los usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM, en cuanto a la calidad y oportunidad de los servicios o atención requeridos, en comparación con la atención que brinde el Hospital a sus usuarios regulares;
- d) **POR NEGARSE A ATENDER UNA EMERGENCIA MÉDICA**, así como también ante cualquiera otra negativa a brindar los servicios médicos hospitalarios a los usuarios del Programa Especial de Salud del ISBM, de forma injustificada y comprobada;
- e) Por utilizar la papelería del ISBM para pacientes que no pertenezcan al Programa Especial de Salud;
- f) Por realizar cobros adicionales por cualquier motivo que no se encuentre contemplado en el presente Convenio;
- g) Por permitir la suplantación de usuarios en complicidad con el personal del servicio;
- h) Por no cumplir adecuadamente con las disposiciones contempladas en la **“NORMA TÉCNICA ADMINISTRATIVA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS A USUARIOS DEL PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL”** y los Términos de Referencia Vigentes;
- i) Por suspender el servicio sin causa justificada; y
- j) Por no cumplir el Hospital con las demás condiciones pactadas en el presente Convenio;

El presente Convenio se dará por terminado, sin responsabilidad para el Hospital, por incumplimiento de las obligaciones establecidas para el ISBM.

Las partes contratantes podrán por mutuo acuerdo dar por terminado el presente Convenio.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: MODIFICACIONES**

De común acuerdo el presente Convenio podrá ser modificado, dentro del marco general de los acuerdos de este documento y demás anexos contractuales, durante la vigencia del mismo y/o prorrogado en su plazo. Toda modificación deberá legalizarse a través de Resolución Modificativa emitida por el ISBM, previo requerimiento y justificación técnica fundamentada de la Sub Dirección Salud del ISBM a través de sus Divisiones.

Si **el Hospital**, se retrasare en el cumplimiento de cualquiera de sus obligaciones debido a causa justificada o que no le sea imputable, deberá comunicarlo así por escrito, proporcionando la evidencia correspondiente al **ISBM**, a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al día en que sucedió el hecho generador del atraso. Sin embargo, ningún retraso dará derecho al Hospital a suspender la prestación de sus servicios ni a reclamar compensación económica adicional a los aranceles estipulados y en todo caso, la prórroga que se pudiera conceder será equivalente al tiempo perdido; en estas circunstancias, el **ISBM** emitirá la respectiva resolución la cual se relacionará en el instrumento que al efecto se otorgue.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA: DOCUMENTOS ANEXOS**

Forman parte integrante de este Convenio y se tienen por incorporados al mismo, con plena aplicación en lo que no se le oponga, los siguientes documentos:

- a) El **CONVENIO MARCO DE COOPERACIÓN PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL Y EL MINISTERIO DE SALUD.**
- b) La oferta de servicios presentada por el Hospital y la Planta de Médicos que brindarán servicios a los(as) usuarios(as) aceptada por el ISBM;
- c) Los Términos de Referencia de los Servicios Requeridos;
- d) Las Normativas Técnicas Administrativas, guías y procedimientos del ISBM que se encuentren vigentes;

- e) Cualquier otra disposición legal aplicable a Hospitales Nacionales, sea ésta del ISBM y/o del Ministerio de Salud (MINSAL);
- f) Documentos de petición del servicio;
- g) Interpretaciones e instrucciones consensuadas sobre la forma de cumplir las prestaciones de servicios formuladas por el ISBM; y
- h) Otros documentos oficiales que emanaren del presente Convenio.

Es entendido y aceptado por los suscriptores, que este Convenio se antepone a toda comunicación previa, oral o escrita entre las partes. En caso de ambigüedad, duda o disputa en la interpretación del Convenio y demás documentos anexos, el texto del presente Convenio tiene prevalencia.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA: NOTIFICACIONES**

Todas las notificaciones referentes a la ejecución de este Convenio, serán válidas solamente cuando sean hechas por escrito a cualquiera de las direcciones o medios señalados por las partes que lo suscriben. Para los efectos anteriores, las partes señalan como medios para recibir notificaciones los siguientes:

**A) Para el INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL:** La Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, Calle Guadalupe No.1349, San Salvador, los telefax: 2239-9220 y 2226-8143 o al correo electrónico: [uaci@isbm.gob.sv](mailto:uaci@isbm.gob.sv); así mismo señala como números telefónicos de contacto el 2239-9200, extensiones 9221 y 9220 o el 2226-8143; y

**B) Para el Hospital:** Final Calle Arce y 25 Avenida Norte, San Salvador de la ciudad San Salvador, Departamento de San Salvador; los correos electrónicos: [gutti\\_971@hotmail.com](mailto:gutti_971@hotmail.com); [jlopez@hnr.gob.sv](mailto:jlopez@hnr.gob.sv) o al Fax: 2222-4968; así mismo señala como número(s) telefónico(s) de contacto: 2231-9200 ext. 296, 2222-0050 y 2222-5866.

Las partes podrán de común acuerdo durante la ejecución del convenio modificar o ampliar los medios de comunicación señalados, mediante cruce de notas a través de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional del ISBM.

**CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA: VIGENCIA Y PRÓRROGA.**

La vigencia de este Convenio será de **DOCE MESES**, contados a partir del uno de enero al treinta y uno de diciembre del año dos mil trece, ambas fechas inclusive; sin embargo, el plazo o vigencia podrá ser prorrogado por períodos iguales o menores al plazo original cuando ambas partes lo convengan así, para lo cual deberá solicitarse por escrito la conformidad en la continuación del servicio y a través de Resolución Modificativa emitida por el ISBM, previo requerimiento y justificación técnica fundamentada de la Sub Dirección de Salud del ISBM a través de sus Divisiones; todo de conformidad a lo establecido en este documento.

En fe de lo cual y en nombre de nuestros respectivos representados, firmamos en la ciudad de San Salvador, a los veintidós días del mes de diciembre de dos mil doce.

  
**RAFAEL ANTONIO COTO LOPEZ**  
DIRECTOR PRESIDENTE  
ISBM

  
  
**MAURICIO VENTURA CENTENO**  
DIRECTOR  
HOSPITAL NACIONAL ROSALES



Vo.Bo.  
Unidad Jurídica ISBM

**INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL  
ARANCELES PARA EL SERVICIO DE ATENCION AL ISBM 2013  
HOSPITAL NACIONAL ROSALES**

**Nota: Procedimientos de cirugía en paquetes incluyen gastos hospitalarios, días de acuerdo a complejidad, honorarios médicos y paramédicos, alimentación, insumos médicos, exámenes de laboratorio y gabinete y medicamentos básicos. No incluye medicamentos especiales.**

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
1	<b>PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA:</b>	
2	Apendicectomía complicada	\$891.00
3	Apendicectomía en adulto	\$808.50
4	Biopsia de órganos internos	\$308.00
5	Cierre de Colostomía	\$726.00
6	Cierre de fístula Arterio venosa (ambulatorio)	\$440.00
7	Cirugía conservadora de mama (cuadrantectomía, lumpectomía más disección de axila)	\$1,677.50
8	Colecistectomía de urgencia	\$1,122.00
9	Colecistectomía electiva	\$1,122.00
10	Colecistectomía por laparoscopia (incluye material)	\$1,276.00
11	Colecistectomía por laparoscopia más colangiograma trans operatorio	\$1,529.00
12	Colecistostomía	\$1,122.00
13	Colectomía total	\$1,831.50
14	Colocación de tubo de tórax	\$275.00
15	Colocación de vena central (incluye Catéter)	\$275.00
16	Colostomía derecha	\$1,221.00
17	Colostomía en asa	\$1,078.00
18	Colostomía terminal	\$1,078.00
19	Confección de fístula arterial/venosa externa	\$357.50
20	Cura de hernia bilateral	\$825.00
21	Cura de hernia del hiato	\$1,485.00
22	Cura de hernia del Hiato por laparoscopia	\$1,760.00
23	Cura de hernia epigástrica	\$715.00
24	Cura de hernia inguinal unilateral	\$610.50
25	Cura de hernia insinomial más aplicación de malla (malla incluida)	\$918.50
26	Cura de hernia umbilical	\$330.00
27	Debridamiento de úlcera	\$176.00
28	Debridamiento quirúrgico de quemaduras	\$357.50
29	Devascularización gastroesofágica	\$2,035.00
30	Diástasis de rectos	\$594.00
31	Drenaje de Absceso con anestesia general	\$308.00
32	Drenaje de absceso con anestesia local	\$88.00
33	Drenaje de absceso hepático	\$1,100.00
34	Esplenectomía	\$1,221.00
35	Exploración de arteria femoral	\$1,017.50
36	Exploración de cuello	\$825.00
37	Exploración de vasos periféricos	\$1,039.50
38	Exploración de vías biliares	\$1,100.00
39	Exploración de vías biliares más colecistectomía	\$1,210.00
40	Extirpación de tumor profundo de miembro	\$660.00
41	Extirpación de cuerpo extraño	\$176.00
42	Extirpación de ginecomastia bilateral	\$918.50

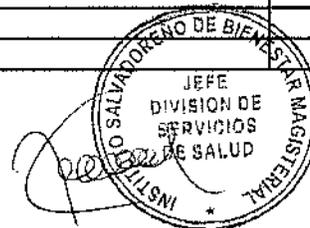


*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
43	Extirpación de ginecomastia unilateral	\$610.50
44	Extirpacion de linfangioma en torax y otra ubicación	\$737.00
45	Extirpacion de lipoma con anestesia local	\$143.00
46	Extirpacion de lipoma grande con anestesia general	\$440.00
47	Extirpación de quiste pilonidal	\$407.00
48	Extirpación de quiste tirogloso	\$511.50
49	Extirpación de seno dérmico	\$407.00
50	Extirpacion de tumor epidermoide en cuello cabelludo	\$610.50
51	Fasciotomia	\$885.50
52	Funduplicatura gastroesofagica	\$1,529.00
53	Gastrectomía total o sub total radical	\$1,485.00
54	Gastrostomía	\$440.00
55	Gastroyeyunostomia	\$1,589.50
56	HEMANGIOMA CUTANEO	\$429.00
57	Hemicolectomía radical derecha o izquierda	\$1,529.00
58	Hemitiroidectomia con o sin istomidectomia	\$1,650.00
59	Injerto venoso para corrección arterial( con material)	\$715.00
60	Lavado peritoneal	\$203.50
61	Lavado quirurgico	\$385.00
62	Lavado quirurgico con anestesia general	\$462.00
63	Mastectomia radical modificada tipo patey (incluye diseccion ganglionar axilar)	\$1,815.00
64	Mastectomia radical tipo halsted	\$1,705.00
65	Pancreatectomia	\$1,732.50
66	Paracentesis	\$68.20
67	Piloromiotomia	\$979.00
68	Piloroplastia	\$858.00
69	Procedimiento de cirugia mayor no tipificada	\$1,039.50
70	Procedimiento de cirugia menor no tipificado	\$165.00
71	Puncion Pteural ( No incluye estudio)	\$143.00
72	Reconstruccion de vias biliares	\$1,831.50
73	Resección anterior de colon (Colectomía izq.)	\$2,227.50
74	Reseccion de tumor de esofago	\$1,375.00
75	Reseccion de tumor de organo interno	\$1,468.50
76	Safenectomia bilateral más extirpación de paquetes varicosos	\$869.00
77	Safenectomia unilateral	\$561.00
78	Timectomia	\$2,200.00
79	Tiroidectomia o paratiroidectomia	\$1,430.00
80	Toma de Biopsia incluye estudio histopatologico	\$104.50
81	Toracotomia + neumonectomia	\$2,090.00
82	Toracotomia abierta	\$1,155.00
83	Toracotomia cerrada (ambulatorio)	\$244.20
84	Tumorectomia de mama (fibroadenoma mamaria)	\$1,045.00
85	Venodiseccion (incluye cateter)	\$385.00
86	Yeyunostomia para alimentacion	\$440.00
87	laparotomia exploradora	\$1,529.00
88	atencion maxima urgencia cirugia o medicina (honorarios medicos, paramedicos, aparatos para monitoreo vital, medicamentos basicos no incluye medicamentos especiales. No incluye procedimientos mayores de \$50,00	\$275.00
89	Hepatectomia total o parcial	\$4,400.00
90	<b>PROCEDIMIENTOS DE NEUROCIRUGIA:</b>	
91	Bloqueo de nervio	\$104.50



No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
92	Bloqueo del nervio periférico	\$104.50
93	Cambio de valvula de pudentz	\$1,078.00
94	Craneoplastía	\$2,035.00
95	Craneotomía de fosa posterior	\$5,500.00
96	Craneotomía por trauma craneano	\$2,546.50
97	Craneotomía por tumor	\$3,866.50
98	Descompresion medula cervical	\$4,400.00
99	Disectomía CERVICAL - LUMBAR	\$1,221.00
100	Drenaje y derivación ventricular	\$1,171.50
101	Exploración de nervios periféricos (microcirugía)	\$814.00
102	Extirpación de malformación arterio venosa cerebral medular	\$4,070.00
103	Fijacion de columna LUMBAR-DORSAL-SACRA con material (incluye material 4 tornillos y 2 barras)	\$8,140.00
104	Fusion cervical anterior	\$4,400.00
105	Fusion cervical posterior	\$4,400.00
106	Hipofisectomía	\$3,080.00
107	Hipofisectomía transesfenoidal	\$4,400.00
108	Instrumentalización de columna (cervical o dorsal) <b>incluye material 4 tornillos y 2 barras</b>	\$4,400.00
109	Laminectomía descompresiva	\$1,529.00
110	Mieloplastia	\$1,320.00
111	Neuralgia del trigémino (microcirugía abordaje posterior)	\$1,529.00
112	Neurolisis periférica	\$407.00
113	Neuroplastia periférica	\$715.00
114	Punción craneana	\$407.00
115	Reseccion de tumor medular	\$4,400.00
116	Sección periférica del nervio trigémino	\$407.00
117	Síndrome del tunel carpal (liberación del túnel carpiano)	\$712.25
118	Vertebroplastia (abierta o percutanea)	\$3,300.00
119	Ventriculostomía	\$1,650.00
120	retiro de valvula de derivacion	\$1,628.00
121	liberacion de nervios perifericos	\$814.00
122	laminectomia mas fusion sin material	\$2,200.00
123	<b>CIRUGIA PLASTICA:</b>	
124	Agnesia auricular	\$869.00
125	Amputacion de dedo necrosado con osteomielitis	\$1,650.00
126	Cierre de ulcera de piel mas injerto hasta 70 cm	\$2,200.00
127	Cierre de ulcera post machacamiento o quemadura de piel mayor de 70 cm	\$2,200.00
128	Cualquier plastia	\$462.00
129	Escara de decúbito	\$572.00
130	Extirpacion de ca de piel con cierre directo	\$2,640.00
131	Extirpación de queloidé en Hospital	\$104.50
132	Extirpación de tumores benignos superficiales	\$203.50
133	Fisura de paladar blando	\$792.00
134	Fisura de paladar duro y blando	\$1,017.50
135	Injerto libre de piel	\$764.50
136	Labio Leporino bilateral	\$1,160.50
137	Labio leporino Unilateral	\$764.50
138	Limpieza mas debridacion de pie diabetico en sala de operaciones	\$2,200.00
139	Machacamiento severo mas reconstruccion de los tejidos dañados	\$2,530.00
140	Neurorrafia del mediano cubital o radial	\$2,090.00
141	Oreja en ASA	\$687.50
142	Plastia en Z e injerto libre de piel	\$968.00



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*



No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
143	Polidactilia	\$462.00
144	Procedimiento reconstructivo abierto de mano	\$2,200.00
145	Reconstrucción de cubierta cutanea extensa	\$2,750.00
146	Reconstrucción facial por trauma severo	\$2,750.00
147	Reconstrucción nasal post perdida traumatica o escision de tumores	\$1,221.00
148	Reduccion cerrada de luxacion de mano	\$660.00
149	reduccion de fracturas multiples de mano mas osteosintesis	\$3,190.00
150	Seccion de multiples tendones extensivos o flexores	\$2,750.00
151	Seccion del tendon flexor o extensor	\$1,650.00
152	Sindactilia	\$462.00
153	Sutura simple de cara en Hospital	\$126.50
154	<b>CIRUGIA PLASTICA RECONSTRUCTIVA</b>	
155	Colocacion de injertos de piel 20 - 40 cms	\$814.00
156	Colocacion de injertos de piel 40 - 70 cms	\$1,017.50
157	Escision de apendices preauriculares	\$203.50
158	Extirpacion de quiste sinovial	\$610.50
159	Osteosintesis de fractura de mano c/u	\$407.00
160	Osteosintesis de fractura de órbita	\$1,017.50
161	Reconstrucción de úlceras con colgajos	\$814.00
162	Reconstrucción nasal post perdida traumatica o escision de tumores	\$1,221.00
163	Reduccion abierta de fractura nasal antigua	\$814.00
164	Reduccion cerrada de fractura nasal aguda	\$610.50
165	Reduccion de Fractura de arco zigomatico unilateral	\$407.00
166	Reduccion de Fractura dentoalveolar de maxilar superior y/o inferior a traves de la colocacion de barras de Erich	\$407.00
167	Reduccion de fractura mandibular	\$814.00
168	Reduccion de fractura panfaciales	\$1,859.00
169	Reduccion y Osteosintesis de fractura malar unilateral	\$610.50
170	Transposicion tendinosa	\$2,035.00
171	Escision de canceres de piel	\$104.50
172	Colgajo abdominal	\$918.50
173	Colgajo inguinal	\$940.50
174	Escision de nevus, paquete de 3 sesiones	\$203.50
175	Linfadenectomia en pacientes con melanoma maligno	\$2,035.00
176	Tratamiento quirurgico de bridas y queloides	\$715.00
177	<b>PROCEDIMIENTOS EN ORTOPEDIA</b>	
178	Amputación de Falange	\$528.00
179	Amputación de miembro superior o inferior	\$1,166.00
180	Amputaciones Tarso, Metatarso	\$1,325.50
181	Aplicación de corsé de yeso	\$181.50
182	Artrodesis	\$1,210.00
183	Artroplastia total	\$1,589.50
184	artroscopia	\$1,210.00
185	Artroscopia unilateral de rodilla, hombro o codo	\$1,017.50
186	Artrotomias Sinovectomia, bursectomia	\$792.00
187	Astroscopia con reemplazo de ligamento cruzado (con material)	\$3,300.00
188	Astroscopia con reemplazo de ligamento cruzado (sin material)	\$2,750.00
189	Biopsias Oseas	\$440.00
190	Bloqueo articular con esteroides (ambulatorio, incluye medicamentos)	\$110.00
191	Cambio de Espica (ambulatorio)	\$511.50
192	Cirugía de antepié (dedos en garra, martillo, insuficiencia metatarsiana, quintus varus, polisindactilia)	\$814.00
193	Colocación de Venda Velpau con estoquinete	\$154.00



*Escobar*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
194	Colocación de yeso en miembro inferior	\$115.50
195	Colocación de yeso miembro superior	\$82.50
196	Corrección de rotula luxable	\$2,750.00
197	Coxigectomia	\$968.00
198	Cura de Hallux valgus	\$709.50
199	Cura de Pseudoartrosis	\$1,298.00
200	Desarticulación de dedos	\$759.00
201	Desarticulación hombro o cadera	\$1,806.00
202	Desarticulación rodilla	\$1,628.00
203	Drenaje, Curetaje, Secuestrectomia	\$528.00
204	Extirpación de Tumores oseos	\$869.00
205	Fracturas de cadera (trocantericas) incluye la colocación de osteosintesis	\$1,831.50
206	Implante de cadera (prótesis cementada) incluye material	\$4,537.50
207	Implante de rodilla con protesis total (incluye material)	\$6,930.00
208	Lavado quirúrgico	\$462.00
209	Luxación congénita de cadera	\$550.00
210	Menisectomía unilateral	\$902.00
211	Osteosintesis de falanges (incluye material para cada falange)	\$550.00
212	Osteosintesis de fémur (incluye material)	\$1,457.50
213	Osteosintesis de húmero (incluye material)	\$1,485.00
214	Osteosintesis de radio y cúbito (incluye material)	\$990.00
215	Osteosintesis de tibia (con material)	\$1,650.00
216	Osteotomías correctivas miembros inferior	\$661.10
217	Osteotomías correctivas miembros superior	\$661.10
218	Osteotomías de dedos	\$511.50
219	Osteotomías, resección óseas	\$792.00
220	Plastia ungueal	\$55.00
221	Punción de Rodilla (ambulatorio)	\$88.00
222	Reducción abierta de Fractura conminuta	\$792.00
223	Reducción abierta más lavado quirúrgico (fémur, tibia o tobillo)	\$792.00
224	Reducción cerrada de femur	\$330.00
225	Reducción cerrada de miembro superior	\$357.50
226	Reducción cerrada de tibia y perone	\$308.00
227	Reducción cerrada mas lavado quirurgico mas colocacion de yeso	\$907.50
228	Resección de quiste sinovial (anestesia local)	\$308.00
229	Retiro de material de osteosintesis	\$407.00
230	Retiro de yeso	\$33.00
231	Techo plastias, osteotomias, tenotomias, aductores	\$665.50
232	Tenorrafia	\$407.00
233	Tenotomía de aductores más espica de yeso	\$665.50
234	Tenotomias,tenolisis y plastias	\$2,200.00
235	<b>PROCEDIMIENTOS EN OFTALMOLOGIA:</b>	
236	Angiografias	\$148.50
237	Biometrías	\$44.00
238	Blefaroplastia y/o plastia palpebral	\$379.50
239	Campimetrías	\$44.00
240	Catarata unilateral	\$511.50
241	Cauterización neovascularización	\$176.00
242	Chalazión	\$95.70
243	Crioaplicación	\$308.00
244	Cura de exotropia con anestesia general	\$660.00
245	Cura de ptosis	\$357.50



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
246	Desprendimiento de retina	\$1,017.50
247	Disrupción de cápsula posterior (YAG)	\$308.00
248	Dracrocistorinostomía	\$869.00
249	Drenaje de absceso de párpado unilateral	\$63.80
250	Entropión o extropion	\$390.50
251	Enucleación	\$484.00
252	Escisión de verruga marginal de ambos ojos	\$63.80
253	Estrabismo	\$751.30
254	Eviseracion ocular	\$1,100.00
255	Extirpacion de cicatriz viciosa unilateral	\$82.50
256	Extraccion de catarata con lente intraocular	\$979.00
257	Extraccion de catarata con lente intraocular con anestesia general	\$1,320.00
258	Extraccion de cuerpo extraño de ojo unilateral	\$143.00
259	Extraccion de cuerpo extraño intraocular	\$225.50
260	Extracción de cuerpo extraño intraocular en cámara posterior	\$258.50
261	Iridectomía periférica (quirúrgica)	\$240.90
262	Lasser ocular c/sesion c/ojo	\$132.00
263	Facoemulsificacion	\$1,650.00
264	Plastia palpebral unilateral	\$583.00
265	Pterigión	\$225.50
266	Reconstrucción de cavidad orbitaria	\$924.00
267	Reconstrucción de puntos lagrimales	\$385.00
268	Recubrimiento conjuntival	\$330.00
269	Retiro de material de retinopexia	\$203.50
270	Retiro de puntos en ojos.	\$36.30
271	Sondaje de vías lagrimales	\$280.50
272	Sutura de conjuntivas	\$214.50
273	Sutura de herida corneal con anestesia general	\$1,650.00
274	Sutura de herida corneal con anestesia local	\$1,320.00
275	Sutura de herida corneoescleral con anestesia general	\$1,980.00
276	Trabeculotomía	\$484.00
277	Transplante de conjuntiva por pterigión recidivante	\$220.00
278	Tumoración de conducto lagrimal	\$407.00
279	Vitrectomia posterior	\$2,750.00
280	Vitrectomia posterior con endolaser y aceite de silicon	\$2,750.00
281	<b>PROCEDIMIENTOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA</b>	
282	Adenoamigdalectomía	\$610.50
283	Adenoidectomía	\$511.50
284	Amigdalectomía	\$511.50
285	Antrostomía intranasal	\$511.50
286	Broncoscopia para extraer cuerpo extraño (ambulatorio)	\$407.00
287	Cadwell Luc	\$605.00
288	Cauterización de epistaxis con anestesia general	\$550.00
289	Cauterización de epistaxis con anestesia local (ambulatorio)	\$286.00
290	Cirugía endoscópica de senos paranasales	\$1,650.00
291	Colocación de tubos de aireación	\$407.00
292	Corrección de anquiloglosia	\$71.50
293	Drenaje de absceso amigdalino	\$280.50
294	Drenaje de absceso de cuello	\$550.00
295	Endoscopia de senos paranasales (diagnóstica)	\$50.60
296	Endoscopia de senos paranasales (terapéutica)	\$101.20
297	Endoscopia Esofagica	\$101.20
298	Estapedectomía	\$946.00



*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
299	Etmoidectomia	\$385.00
300	Extirpación de fistula pre auricular con anestesia (Unilateral)	\$368.50
301	Extirpación de parotida	\$1,831.50
302	Extirpación de quiste tirogloso o bronquial	\$1,001.00
303	Extirpación de ránula	\$335.50
304	Extirpación de tumoración laringeo	\$968.00
305	Extirpación de tumores de Cavum	\$643.50
306	Extracción de cuerpo extraño de fosas nasales con anestesia general	\$341.00
307	Extracción de cuerpo extraño de laringe	\$390.50
308	Extracción de cuerpo extraño en oídos con anestesia (local) unilateral	\$77.00
309	Extracción endoscópica de cuerpo extraño en esofago	\$610.50
310	Fibroendoscopia laringea	\$390.50
311	Hemiglosectomia	\$946.00
312	Laringoscopia con anestesia general	\$308.00
313	Lavado Senos Paranasales (ambulatorio)	\$308.00
314	Mastoidectomia radical	\$1,221.00
315	Mastoidectomia simple	\$715.00
316	Medializacion endoscópica de cuerda vocal	\$1,078.00
317	Microcirugia de oído	\$511.50
318	Microcirugia laringea	\$511.50
319	Paracentesis de tímpano	\$88.00
320	Polipectomia de Fosas Nasales con anestesia general	\$726.00
321	Polipectomia de Fosas Nasales con anestesia local (ambulatorio)	\$429.00
322	Punción de senos paranasales	\$16.50
323	Quiste submucoso labio (con anestesia local)	\$330.00
324	Reducción de fractura nasal (Anestesia Local)	\$330.00
325	Reseccion de estenosis traqueal abierta	\$2,090.00
326	Reseccion de estenosis traqueal endoscópico	\$990.00
327	Rinoseptoplastia	\$643.50
328	Taponamiento nasal anterior (ambulatorio)	\$77.00
329	Taponamiento nasal posterior con o sin taponamiento anterior	\$478.50
330	Timpanometria	\$22.00
331	Timpanoplastia	\$522.50
332	Tiroplastia	\$2,090.00
333	Traqueoscopia	\$258.50
334	Traqueostomia	\$368.50
335	Tubo de aireacion bilateral	\$462.00
336	<b>PROCEDIMIENTOS DE COLOPROCTOLOGIA:</b>	
337	Anoscopia	\$50.60
338	Colectomia abdominal	\$1,320.00
339	Cura de hemorroides con ligadura	\$187.00
340	Cura quirúrgica de estenosis anal	\$429.00
341	Cura quirúrgica de fistula anorrectal en herradura	\$1,650.00
342	Cura quirúrgica de fistula perineal	\$610.50
343	Cura quirúrgica de fisura anal	\$610.50
344	Cura quirúrgica de hemorroides	\$610.50
345	Cura quirúrgica de prolapso de mucosas	\$610.50
346	Cura quirúrgica de prolapso rectal por via abdominal	\$1,221.00
347	Drenaje de absceso anorrectal en herradura	\$1,650.00
348	Drenaje de absceso anorrectal isquionanal o interesfinterico	\$830.50
349	Drenaje de absceso perineal	\$830.50
350	Drenaje de absceso pilonidal	\$346.50
351	Esfinteroperineoplastia	\$979.00



*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
352	Esfinterotomía	\$462.00
353	Extirpacion de condilomas	\$198.00
354	Extirpacion de cuerpo extraño de tubo digestivo inferior	\$830.50
355	Extirpacion endoscopica de pólipo	\$341.00
356	Extirpacion local de cáncer de recto	\$737.00
357	Extirpacion transanal de polipo	\$203.50
358	Plastia anal	\$462.00
359	Polipectomía trans abdominal	\$445.50
360	Polipectomía de colon ANESTESIA Y PATOLOGO	\$550.00
361	Polipectomía trans anal	\$203.50
362	Proctocolectomia	\$2,634.50
363	Rectoscopia	\$55.00
364	Reseccion abdominoperineal de cancer de recto	\$1,468.50
365	Reseccion anterior baja	\$2,227.50
366	Tumor rectal pediculado	\$143.00
367	VIDEOCOLONOSCOPIA CON SEDACION ANALGESICA	\$261.80
368	<b>PROCEDIMIENTOS DE UROLOGIA</b>	
369	Biopsia de Próstata	\$665.50
370	Biopsia renal	\$308.00
371	Biopsia vesical	\$445.50
372	Circuncision hospitalizado con sedación	\$665.50
373	Circuncisión ambulatoria con anestesia local	\$115.50
374	Cirugía de uretra	\$665.50
375	Cistectomia+conducto ileal	\$2,904.00
376	Cistocele	\$665.50
377	Cistolitotomía	\$764.50
378	Cistoplastia de aumento	\$2,904.00
379	Cistoscopia y dilatación en Hospital	\$335.50
380	Colocacion de cateter doble j (incluye cateter)	\$742.50
381	colocacion de cateter doble j (incluye cateter)(ambulatorio)	\$357.50
382	Correccion de torsion testicular	\$852.50
383	Cura de fistula uretrocutanea	\$775.50
384	Cura de hidrocele bilateral	\$693.00
385	Cura de hidrocele unilateral	\$610.50
386	Cura de incontinencia urinaria	\$610.50
387	Cura de incontinencia urinaria con malla	\$1,160.50
388	Cura de ureterocele con calculo	\$2,150.50
389	Cura de ureterocele simple	\$1,529.00
390	Cura de varicocele	\$489.50
391	Curacion de enfermedad de peyrone	\$1,650.00
392	Descenso testicular bilateral	\$748.00
393	Descenso testicular unilateral	\$638.00
394	Endopielolitotomia retrograda por estenosis	\$2,700.50
395	Endopielolitotomia retrogrado por estenosis (incluye cateter)	\$2,959.00
396	Escroto agudo	\$599.50
397	Exploración de Testículo unilateral	\$742.50
398	Exploración de uréteres	\$599.50
399	Extraccion de calculo Calicial por Endoscopia Flexible	\$2,420.00
400	Extracción de quiste renal por laparoscopia	\$1,650.00
401	Extracción Endoscopica de Litiasis ureter	\$2,546.50
402	Falectomia parcial	\$1,529.00
403	Falectomia total	\$1,930.50
404	Litotripcia extracorpórea (2 ó 3 sesiones)	\$2,172.50



*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
405	Nefrectomía por tumor u otra causa	\$1,485.00
406	Nefrolitotomía Percutánea	\$2,904.00
407	Orquiectomía unilateral	\$797.50
408	PIELOLITOTOMIA	\$1,039.50
409	Pieloplastia de unión uretero pélvica	\$979.00
410	Plastia uretral primer tiempo	\$1,655.50
411	Plastia uretral segundo tiempo	\$1,529.00
412	Prostatectomía	\$1,072.50
413	Prostatectomía Radical	\$2,150.50
414	Recolocacion de nefrostomía percutanea (incluye cateter)	\$1,430.00
415	Reimplante ureteral bilateral	\$1,650.00
416	Reimplante uretral	\$1,430.00
417	Reseccion Próstata (RTU) X Láser	\$2,601.50
418	Resección transureteral	\$940.50
419	Retiro de cateter doble j en hospital	\$385.00
420	RTU de tumor vesical primer tiempo	\$1,155.00
421	RTU de tumor vesical segundo tiempo	\$940.50
422	Ureterolitotomía	\$918.50
423	Ureterolitotomía por laparoscopia	\$2,200.00
424	ureteroscopia flexibel diagnostica	\$1,144.00
425	Dialisis peritoneal para pacientes ingresados en UCI o UCIN, no aplica para pacientes referidos	\$165.00
426	Hemodiálisis (por sesión) (incluye eritropoyetina) <b>Aplica unicamente para pacientes ingresados en hospitalizacion que requieren este servicio.</b>	\$214.50
427	Hemodiálisis por sesión sin eritropoyetina	\$168.47
428	<b>NEFROLOGIA:</b>	
429	Diálisis Peritoneal (por sesión) <b>Aplica unicamente a pacientes ingresados en el area de hospitalizacion y que requieran este servicio.</b>	\$165.00
430	Nefrostomía Percutanea	\$935.00
431	Colocacion de cateter mahurkar	\$495.00
432	Colocacion de cateter rigido	\$440.00
433	retiro de cateter mahurkar	\$286.00
434	<b>CIRUGIA VASCULAR</b>	
435	Correccion de fistula arterial/venosa	\$836.00
436	Reseccion de aneurisma en arteria periferica	\$1,320.00
437	Reseccion hemangioma region periferica	\$962.50
438	Trombectomia con fogarty	\$1,100.00
439	Confeccion fistula A-V autologa	\$836.00
440	Confeccion fistula A-V con injerto protesico (incluye protesis)	\$1,045.00
441	Retiro de cateter abdominal tenckhoff	\$288.20
442	Colocacion de cateter abdominal tenckhoff	\$575.30
443	Retiro de cateter permacath ( subclavia )	\$288.20
444	Colocacion de cateter permacath (subclavia), con cateter	\$575.30
445	Colocacion de cateter para administracion de quimioterapia (implantofix), con cateter	\$1,045.00
446	Retiro de cateter para dministracion de quimioterapia (implantofix)	\$470.80
447	Revision o reconfeccion de fistula A-V	\$836.00
448	<b>PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA</b>	
449	Trombosis venosa superficial	\$288.20
450	Trombosis venosa profunda	\$431.20
451	<b>TRAUMA VASCULAR</b>	
452	Exploracion vascular	\$1,320.00



*Handwritten signature and initials.*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
453	Esclerosis venosa en varices de miembro inferior, por sesion	\$31.90
454	Ligadura y extraccion de paquetes varicosos	\$731.50
455	<b>REVASCULARIZACION EN ISQUEMIA ARTERIAL CRONICA DE MIEMBROS INFERIORES</b>	
456	Bypass o puente arterial:	
457	Con utilizacion de v. safena	\$1,567.50
458	Con utilizacion de injerto protesico	\$2,090.00
459	Endarterectomia arterial	\$1,567.50
460	Reseccion de fistula A-V post traumaticas	\$1,567.50
461	<b>CIRUGIA DERMATOLOGICA (incluye estudio histopatológico)</b>	
462	Aplicación de podofilina de condilomas acuminados	\$30.80
463	Criocirugia de Queratosis seborreica	\$41.80
464	Criocirugia de verrugas vulgares	\$41.80
465	Crioterapia de Queratosis actinica	\$52.80
466	Crioterapia de Queratosis seborreica	\$41.80
467	Electrocirugia de Queratoacantomas	\$167.20
468	Electro cirugia (c/sesion) de Nevo Laxo	\$47.30
469	Electrocauterio de condilomas gigantes	\$41.80
470	Electrocirugia de carcinoma basocelular	\$167.20
471	Electrocirugia de Nevo verrugoso	\$41.80
472	Electrocirugia de Queratosis actinica	\$31.90
473	Electrocirugia de Queratosis seborreica	\$31.90
474	Electrocirugia de Carcinoma Espinocelular	\$167.20
475	Electrocirugia de verrugas vulgares	\$31.90
476	Escicion quirurgica de carcinoma basocelular	\$418.00
477	Escicion quirurgica de Queratoacantomas	\$418.00
478	Estirpacion de Botriomicoma	\$104.50
479	Estirpacion quirurgica de Nevos de union	\$125.40
480	Extirpacion quirurgica de Epitelioma calcificado de Malerbe	\$167.20
481	Extirpacion de carcinoma basocelular por cauterizacion	\$167.20
482	Extirpación de carcinoma basocelular o espinocelular con cierre directo	\$79.20
483	Extirpacion de carcinoma basocelular por cirugia	\$418.00
484	Extirpación de moluscos contagiosos (Por sesion)	\$30.80
485	Extirpación de nevos, por sesion	\$52.80
486	Extirpación de verrugas vulgares, por sesion	\$52.80
487	Extirpacion quirurgica de Lipomas	\$167.20
488	Extirpacion quirurgica cara de Nevo Melanocítico	\$271.70
489	Extirpacion quirurgica cara de Quiste sebaceo	\$188.10
490	Extirpacion quirurgica otro sitio del cuerpo de Quiste sebaceo	\$104.50
491	Extirpacion quirurgica otra parte del cuerpo de Nevo Melanocítico	\$167.20
492	Infiltracion intralesional e intradermica (c/sesion) de Alopecia areata	\$20.90
493	Inyección de queloide por sesion	\$31.90
494	Microelectrocirugia de siringomas	\$47.30
495	Onisectomia	\$62.70
496	Quimiocirugia (c/sesion) de siringomas	\$31.90
497	Toma de biopsia	\$79.20
498	NOTA: LOS PROCEDIMIENTOS D CIRUGIA EN PAQUETES INCLUYEN GASTOS HOSPITALARIOS DE 1 A 3 DIAS, HONORARIOS MEDICOS, PARAMEDICOS, ALIMENTACION, INSUMOS MEDICOS, EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE Y MEDICAMENTOS BASICOS, NO INCLUYE ALIMENTACION PARENTERAL	



*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
499	DIA ADICIONAL CAMA (24 HORAS) incluye: HONORARIOS MÉDICOS Y PARAMÉDICOS, ALIMENTACIÓN, INSUMOS MÉDICOS, EXÁMENES DE LABORATORIO BASICOS Y GABINETE QUE NO EXCEDAN LOS \$50.00 MEDICAMENTOS BASICOS. NO INCLUYEN MEDICAMENTOS ESPECIALES, NI ALIMENTACIÓN PARENTERAL.	\$148.50
500	Atencion de Maxima Urgencia cirugia o medicina ( honorarios medicos, paramedicos, aparatos para monitoreo vital, medicamentos básicos no incluye medicamentos especiales No incluye procedimientos mayores de \$50.00)	\$275.00
501	Consulta externa especializada (sin medicamentos)	\$12.60
502	Atención de Consulta de Emergencia ambulatoria.( incluye 2 medicamentos) (hemograma y general de orina o heces)	\$44.00
503	Consulta externa especializada (un medicamento, no incluye medicamento con costo mayor de \$8.00)	\$20.90
504	Consulta externa especializada (dos medicamentos, no incluye medicamento con costo mayor de \$8.00)	\$30.80
505	UCI día Unicamente para pacientes que requiera el servicio.	\$880.00
506	UCINT día unicamente para pacientes que requieran este servicio.	\$550.00
507	Aplicación de quimioterapia cada día (incluye unicamente los medicamentos contemplados en cuadro básico del hospital. No incluye medicamentos especiales)	\$550.00
508	Atención integral al paciente SIDA (Psicologo, Infectologo, Trabajador(a) social)	\$66.00
509	Alimentación Parenteral cada día	\$55.00
510	<b>PROCEDIMIENTOS DE CIRUGIA MAXILOFACIAL</b>	
511	ALAMBRAMIENTO DE CANINO RETENIDO + FERULA PALATINA	\$495.00
512	APICECTOMIA EN MOLARES	\$209.00
513	APICECTOMIA MONORADICULAR ANTERIORES	\$178.20
514	BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO	\$89.10
515	BIOPSIA DE TEJIDO OSEO	\$89.10
516	CIRUGIA DE FRENILLOS	\$89.10
517	CIRUGIA DE TEJIDO BLANDO CON RAYOS LASER	\$178.20
518	CIRUGIA PERIODONTAL POR CUADRANTE	\$261.80
519	COLOCACION DE BARRAS EN FRACTURAS DE MAXILARES	\$385.00
520	DETARTRAJE PREVIA CIRUGIA PERIODONTAL	\$47.30
521	DRENAJE EXTRAORAL DE ABCESO MANDIBULAR	\$125.40
522	ENUCLEACION DE QUISTES	\$261.80
523	EXTRACCION COMPLICADA	\$62.70
524	EXTRACCION DE 3 MOLAR ERUPCIONADA (HOSPITALIZADA)	\$220.00
525	EXTRACCION DE 3 MOLAR ERUPCIONADA (AMBULATORIO)	\$77.00
526	EXTRACCION DE 3 MOLAR RETENIDA	\$275.00
527	EXTRACCION DE CANINO RETENIDO	\$261.80
528	EXTRACCION DE RESTO RADICULAS	\$62.70
529	EXTRACCION SIMPLE	\$47.30
530	INJERTO DE HUESOS LIOFILIZADOS (MAXIMO 2FCOS)	\$880.00
531	INJERTOS OSEOS SINTETICOS	\$1,100.00
532	MARSUPIALACION DE QUISTE	\$261.80
533	RETIRO DE TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS	\$385.00
534	<b>EMERGENCIAS</b>	
535	Colocacion de Fijadores externos	\$1,479.50
536	Fractura de Clavicula	\$115.50
537	Pequeña Cirugia	\$157.30
538	Reduccion abierta de miembro inferior	\$1,479.50

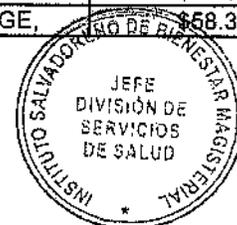


No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
539	Reduccion abierta de miembro superior	\$1,479.50
540	Fractura de olecranon incluye material	\$810.70
541	<b>FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL.</b>	
542	Tratamiento integral de terapia (Aplicación de equipo y medios físicos, gimnasio)	\$16.50
543	Terapia Ocupacional	\$16.50
544	Masaje de Drenaje o Terapéutico	\$16.50
545	Ferulización Estática	\$44.00
546	Bloqueos	\$41.80
547	Elaboracion de ferula funcional	\$20.90
548	Entrenamiento pre protesico (Por sesion)	\$15.40
549	Reparo de tendones	\$41.80
550	<b>NUTRICION Y DIETA.</b>	
551	Evaluacion Nutricional e implementacion del plan dietoterapeutico	\$15.40
552	Asesoría Nutricional en base a su fisiopatología (por sesion)	\$15.40
553	<b>NEUMOLOGIA</b>	
554	BRONCOSCOPIA EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	\$261.80
555	BRONCOSCOPIA RIGIDA	\$334.40
556	ESPIROMETRIA	\$36.30
557	FIBROBRONCOSCOPIA EN PACIENTES INTUBADOS	\$366.30
558	FIBROBRONCOSCOPIA MAS LAVADO BRONQUIAL MAS BIOPSIA	\$261.80
559	FIBROBRONCOSCOPIA MAS LAVADO BRONQUIOALVEOLAR P/BACT.	\$261.80
560	PLEUROSCOPIA	\$627.00
561	PUNCION TRANSTORACICA	\$313.50
562	SINFISIS PLEURAL	\$376.20
563	TORACOCENTESIS DIAGNOSTICA MAS BIOPSIA PLEURAL	\$313.50
564	TORACOSTOMIA CERRADA	\$376.20
565	<b>TERAPIA RESPIRATORIA</b>	
566	DRENAJE POSTURAL	\$15.40
567	Ejercicios Respiratorios (por sesión)	\$3.30
568	ESPACIADOR DE VOLUMEN	\$8.80
569	FLUJOMETRIA	\$11.00
570	GASES ARTERIALES	\$26.40
571	INSPIROMETRO	\$11.00
572	NEBULIZACION CON SALBUTAMOL/TROPIUM	\$3.00
573	Vibropercusión (por sesión)	\$3.30
574	<b>ESTUDIOS DE NEUROLOGIA:</b>	
575	Electroencefalograma	\$37.40
576	Estudios de conduccion nerviosa motora	\$38.50
577	conduccion nerviosa orto y antidromica	\$38.50
578	prueba de estimulacion repetitiva	\$38.50
579	reflexologia, ondas F, reflejo H, reflejo de parpadeo	\$38.50
580	<b>POTENCIALES EVOCADOS:</b>	
581	somatosensoriales	\$38.50
582	visuales	\$22.00
583	auditivos	\$44.00
584	electromiografia	\$38.50
585	<b>ESTUDIOS DE CARDIOLOGIA:</b>	
586	Ecocardiograma	\$104.50
587	Electrocardiograma	\$11.00
588	Prueba de esfuerzo	\$110.00
589	EVALUACION CARDIO-PULMONAR	\$26.40
590	Holter	\$110.00



*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
591	MAPA	\$110.00
592	<b>Colocación de Marcapasos</b>	
593	Colocación de Marcapaso Temporal	\$418.00
594	<b>ESTUDIOS DE GASTROENTEROLOGIA:</b>	
595	Biopsia Hepática Percutanea con aguja. (Incluye patología)	\$229.90
596	Colocación de Hemoclips por sangramiento activo	\$183.70
597	Dilatación Esofagica con dilatador de sávary	\$209.00
598	Dilatación Trans-Endoscopica de esófago o de Duodeno (incluye balón de dilatación)	\$1,097.80
599	Dilataciones esofagica con balón	\$165.00
600	Endoscopia + Esclerosis de Várices Esofágicas	\$330.00
601	Endoscopia por extracción de cuerpo extraño (T.D.S o Colon)	\$261.80
602	ERCP + Esfinterotomía (incluye: Anestesia y Fluoroscopia).	\$601.70
603	ERCP + Esfinterotomía + extracción de cálculos ( incluye: Anestesia y Fluoroscopia)	\$891.00
604	Paracentesis	\$68.20
605	Polipectomía Gástrica - incluye Anestesia y Patólogo	\$345.40
606	Rectosigmoidoscopia	\$104.50
607	Video Endoscopia del Tubo Digestivo Superior mas toma de biopsia (sin estudio patologico)	\$157.30
608	MEDULA OSEA (incluye estudio patológico)	\$288.20
609	TRANSFUSIONES SANGUINEAS ( NO INCLUYE SANGRE)	\$44.00
610	<b>PROCEDIMIENTOS DE PEQUEÑA CIRUGIA</b>	
611	CURACION CON INSUMOS	\$22.00
612	DEBRIDACION DE ULCERAS CON APLICACIÓN DE APOSITOS O VENDAJES ESPECIALES	\$110.00
613	DEBRIDACION DE ULCERAS SIN APLICACIÓN DE APOSITOS O VENDAJES ESPECIALES	\$55.00
614	<b>ALERGOLOGIA</b>	
615	Vacuna antialergicas	\$46.20
616	PRUEBA CUTANEA DE ALERGIA	\$132.00
617	<b>CLINICA DE ULCERAS Y HERIDAS</b>	
618	Cura de ulceras venosas (incluye gel y aposito hidrocoloide, 1 o 2 vendas de oxido de zin, guata o vendas, alginato de calcio	\$170.50
619	Curacion de pie diabetico (incluye debridacion, alginato de calcio y aposito hidrocoloide y venda de gasa)	\$110.00
620	Venda de oxido de zinc adicional	\$31.35
621	<b>USO DE AMBULANCIA</b>	
622	Transporte dentro del mismo departamento en donde está el Hospital	\$27.50
623	Transporte interdepartamental	\$110.00
624	<b>PATOLOGIA (sólo para pacientes no incluidos en paquetes)</b>	
625	BIOPSIA DE ORGANOS NO CONTEMPLADOS MENORES DE 5 CM MAS INVESTIGACION DE CANCER	\$58.30
626	BIOPSIA DE APÉNDICE CECAL, BAZO O VESÍCULA BILIAR,	\$58.30
627	BIOPSIA DE CUALQUIER MUESTRA NO CONTEMPLADA MAYOR DE 1CM Y MENOR DE 5 CM	\$73.70
628	BIOPSIA DE LESIONES O PARTES DE ORGANOS NO CONTEMPLADOS MAYORES DE 5CM	\$73.70
629	BIOPSIA DE MASTECTOMIA RADICAL INCLUYENDO GANGLIOS AXILARES	\$62.70
630	BIOPSIA DE MASTECTOMIA SIMPLE RADICAL	\$104.50
631	BIOPSIA DE MUCOSA ORAL	\$94.60
632	BIOPSIA DE POLIPOS ENDOCERVICALES, TUBO DIGESTIVO, LARINGE,	\$58.30



*[Handwritten signature]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
633	BIOPSIA DE RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA, TESTICULO O EPIDIDIMO	\$58.30
634	BIOPSIA DE RESECCIONES VISCERALES RADICALES POR CANCER	\$73.70
635	BIOPSIA DE TIROIDES, PROSTATA COMPLETA O TUMOR TESTICULAR UNILATERAL	\$125.40
636	BIOPSIA DE TUMORES DE GLANDULAS SALIVALES	\$62.70
637	BIOPSIA DE TUMORES DE PIEL Y ANEXOS	\$73.70
638	BIOPSIA DE TUMOR TESTICULAR UNILATERAL, TUMOR OVARICO UNILATERAL	\$83.60
639	BIOPSIA ENDOSCOPICA DE ESTOMAGO, INTESTINO DELGADO,GRUESO, BRONQUIOS U OTRO	\$66.00
640	BIOPSIA DE ORGANOS NO CONTEMPLADOS MAYORES DE 5 CM MAS INVESTIGACIÓN DE CANCER	\$110.00
641	BIOPSIA NO ESPECIFICADA	\$58.30
642	BIOPSIA POR AGUJA DE HIGADO,PANCREAS TIROIDES, MAMA U OTROS	\$58.30
643	BIOPSIA RENAL POR PUNCION (INCLUYE COLORACIONES ESPECIALES/MICROSCOPIA)	\$82.50
644	BIOPSIA URGENTE POR CONGELACION(TRANSOPERATORIA)	\$178.20
645	BIOPSIAS DE PIEL (PUNCH)	\$62.70
646	BIOPSIAS ESCISIONALES DE MAMA,HEMORROIDES, GANGLIO LINFATICO O LIPOMA.	\$58.30
647	C.A.A.F. LIQUIDOS	\$58.30
648	C.A.A.F. MAMA, TIROIDES, GANGLIO LINFATICO Y OTRAS LOCALIZACIONES	\$41.80
649	TUMOR CEREBRAL O CEREBELAR O DE MEDULA ESPINAL	\$110.00
650	TUMOR OSEO(RESECCION PARCIAL)	\$83.60
651	Toma de biopsia de tiroides dirigida por ultrasonografia	\$187.00
652	NOTA: Procedimientos de cirugía en paquetes incluyen gastos hospitalarios de 1 a 3 días, honorarios médicos y paramédicos, alimentación, insumos médicos, exámenes de laboratorio y gabinete y medicamentos básicos.	
653	<b>Tomografía Computarizada (TAC)</b>	
654	- sin anestesia (aplica unicamente a pacientes ingresados en el area de hospitalizacion y que requieran este servicio . No aplica a pacientes referidos	\$143.00
655	- con anestesia (aplica unicamente a pacientes ingresados en el area de hospitalizacion y que requieran este servicio. NO aplica a pacientes referidos TAC AMBULATORIO	\$198.00
656	ANGIOTAC	\$330.00
657	<b>RESONANCIA MAGNETICA</b>	
658	Resonancia Magnética de Cerebro, Columna o Articulaciones aplica unicamente a pacientes ingresados en el area de hospitalizacion y que requieran este servicio-. No aplica a pacientes referidos.	\$385.00
659	<b>ARANCELES INCORPORADOS 2012</b>	
660	Terapia psicológica cada sesión	\$20.00
661	Colocación de catéter blando para diálisis	\$450.00
662	Cirugía de cuello para extirpación de tumor	\$850.00
663	Uvulopalatofaringoplastia	\$700.00
664	Laringectomía	\$900.00
665	Ecografía ocular	\$60.00
666	Trabeculectomía unilateral con anestesia local	\$500.00
667	Trabeculectomía unilateral con anestesia general	\$900.00



No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
668	Trabeculectomía bilateral con anestesia local	\$850.00
669	Trabeculectomía bilateral con anestesia general	\$1,250.00
670	Retinopexia	\$900.00
671	Cirugía de Torux Palatino	\$250.00
672	CAAF de tiroides o de otra localización dirigido por ultrasonografía	\$150.00
673	Biopsia de órganos con aguja gruesa dirigido por ultrasonografía	\$400.00
674	Toma de biopsia con anestesia general por laparoscopia o cirugía	\$450.00
675	Biopsia por estereotaxia Cerebral	\$3,500.00
676	Resección de tumor por estereotaxia mas biopsia cerebral	\$5,500.00
677		
678	<b>ARANCELES DE LABORATORIO</b>	
679	<b>RADIOGRAFIA SIMPLE DE COLUMNA</b>	\$0.00
680	Columna Cervical A.P. y Lateral	\$15.40
681	Columna Cervical A.P. lateral, flexión y extensión	\$26.40
682	Columna Cervical con oblicuas	\$26.40
683	Columna Dorsal A.P. y lateral	\$15.40
684	Columna Lumbar A.P. y lateral	\$15.40
685	Columna Lumbo Sacra con oblicuas	\$26.40
686	Rx Serie de Escoliosis	\$41.80
687	Sacro Coxis A.P. y lateral	\$15.40
688	<b>RADIOGRAFIAS DE ABDOMEN</b>	\$0.00
689	Abdomen simple	\$11.00
690	Abdomen agudo (3 placas)	\$24.20
691	Pelvis A.P.	\$17.60
692	<b>RADIOGRAFIAS DE CONTRASTE</b>	\$0.00
693	<b>ANGIOGRAFIA SELECTIVA (RENAL O VISCERAL)</b>	\$250.80
694	Aortograma o Aortografía	\$250.80
695	Arteriografía Femoral O CEREBRAL (RENAL O VISCERAL)	\$313.50
696	Artrograma	\$52.80
697	Cistograma miccional	\$52.80
698	Cistograma o Cistografía	\$52.80
699	Colangiograma trans o post operatorio	\$83.60
700	Colecistografía I.V.	\$83.60
701	Esofagograma	\$23.10
702	Fistulograma	\$33.00
703	Fluoroscopia de Tórax o Abdomen	\$18.70
704	Mielografía con material	\$58.30
705	Pielograma I.V.	\$52.80
706	Pielograma por Infusión o secuencia rápida	\$41.80
707	Pielograma Retrogrado o ascendente	\$62.70
708	Series Cardíacas	\$61.60
709	Sialografía	\$52.80
710	Transito intestinal (intestino delgado)	\$52.80
711	Tubo Digestivo Superior (esófago, estómago y duodeno)	\$31.90
712	Ureterograma o Uretrografía	\$36.30
713	Venografía miembro inferior cada uno /FLEBOGRAFIA	\$62.70
714	Venografía miembro superior cada uno / FLEBOGRAFIA	\$62.70
715	<b>RADIOGRAFIA SIMPLE MIEMBROS</b>	
716	Antebrazo A.P. y Lateral	\$11.00
717	Cadera A.P. y Lateral	\$11.00
718	Clavicula A.P.	\$11.00
719	Codo A.P. y Lateral	\$11.00
720	Fémur A.P. y Lateral	\$11.00

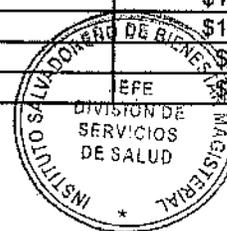


Handwritten signatures and stamps on the right side of the page.

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
721	Hombro A.P.	\$11.00
722	Hombro A.P. y Lateral	\$13.20
723	Húmero A.P. y Lateral	\$11.00
724	Mano A.P. y oblicuas	\$11.00
725	Muñeca A.P. y Lateral	\$11.00
726	Pie A.P. y oblicua	\$11.00
727	Pierna A.P. y Lateral	\$11.00
728	Rodilla A.P. y Lateral	\$15.40
729	Rx Calcáneo	\$11.00
730	Rx Edad Osea	\$11.00
731	Tobillo A.P. y Lateral	\$11.00
732	Artrograma Rodilla	\$52.80
733	<b>RADIOGRAFIAS DE CRANEO</b>	
734	Cráneo A.P. y Lateral Occipital	\$11.00
735	Agujeros Opticos	\$15.40
736	Articulación (simple bilateral)	\$15.40
737	Cara Waters y Lateral	\$26.40
738	Conductos Auditivos Internos	\$27.50
739	Huesos Nasales	\$11.00
740	Mastoides (2 vistas bilaterales)	\$15.40
741	Maxilares Inferiores y oblicuas	\$15.40
742	Orbitas	\$17.60
743	Rx Cavum	\$11.00
744	Senos Parasales	\$20.90
745	<b>RADIOGRAFIAS SIMPLE DE TORAX</b>	
746	Tórax A.P.	\$11.00
747	Costilla A.P.	\$11.00
748	Esternón A.P. y Lateral	\$31.90
749	Tórax A.P. , Lateral ó P.A	\$13.20
750	Fistulogramas ( conmedio de contraste)	\$68.20
751	Nasolaringoscopia	\$104.50
752	<b>OTRAS RADIOGRAFÍAS</b>	
753	Rastreo oseó(torax, huesos largos, cadera, columna vertebral)*	\$66.00
754	Radiografía en transoperatorio (cada placa)	\$20.90
755	Enema baritado	\$52.80
756	Mielografía lumbar	\$188.10
757	<b>RX APICALES Y PERIAPICALES</b>	\$26.40
758	Radiografía Portátil (encamado)	\$23.10
759	Radiografía Portátil en Sala de Operaciones	\$35.20
760	Radiografía Portátil, una placa con contraste	\$20.90
761	Radiografía Portátil, una placa sin contraste	\$15.40
762	Ureterocistograma	\$52.80
763	<b>ULTRASONOGRAFÍAS</b>	
764	Doppler Abdominal	\$41.80
765	Doppler Arteria dos Miembros	\$41.80
766	Doppler Arterial de Miembro Inferior	\$41.80
767	Doppler Arterial de Miembro Superior	\$41.80
768	Doppler Arterial Vertebrales	\$41.80
769	Doppler color	\$41.80
770	Doppler Color Carótida	\$41.80
771	Doppler de Vena Porta	\$41.80
772	Doppler Testicular	\$41.80
773	Doppler un Miembro	\$41.80



No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
774	Doppler Venas miembro inferior	\$41.80
775	Doppler Venas Periféricas	\$41.80
776	Doppler Venas de Miembro Superior	\$41.80
777	DUPLEX VENOSO 1 MIEMBRO	\$11.00
778	Ultrasonografías de cualquier órgano	\$20.90
779	EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO	\$0.00
780	ACIDO URICO	\$5.50
781	ACS . ANA	\$22.00
782	ALBUMINA	\$8.80
783	AMILASA	\$11.00
784	ANTIBIOGRAMA	\$15.40
785	Anticoagulante lúpico	\$31.90
786	Anticuerpos para chagas	\$16.50
787	ANTIESTREPTOLISINA ASTO	\$5.50
788	ANTIGENO AUSTRALIANO	\$18.70
789	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	\$23.10
790	ANTIGENOS FEBRILES	\$8.80
791	ANTITROMBINA	\$15.40
792	BASIOSCOPIA	\$5.50
793	Bilirrubina directa e indirecta	\$6.60
794	Bilirrubina total	\$7.15
795	BILIRRUBINAS	\$7.15
796	CALCIO SERICO	\$5.94
797	CAPACIDAD DE FIJACION DE HIERRO	\$15.40
798	CELULAS LE (LUPUS)	\$6.60
799	Citología de moco nasal	\$6.60
800	CITOQUIMICO LCR	\$11.00
801	Cloro	\$6.60
802	COLESTEROL (total)	\$8.80
803	COLESTEROL HDL (ALTA DENSIDAD)	\$8.80
804	COLESTEROL LDL (BAJA DENSIDAD)	\$8.80
805	Concertación de Strout	\$10.00
806	COOMBS DIRECTO E INDIRECTO	\$8.80
807	COPROCULTIVO	\$11.00
808	CPK	\$26.40
809	CPK-MB	\$26.40
810	CREATININA	\$8.80
811	CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORAQUIDEO	\$12.10
812	Cultivo de secreciones	\$11.00
813	CULTIVO DE SEMEN	\$11.00
814	CULTIVO NASOFARINGEO	\$11.00
815	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (HASTA 5 HORAS)	\$31.90
816	DEPURACION DE CREATININA EN ORINA EN 24 HORAS	\$11.00
817	DEPURACION PROTEINA EN ORINA DE 24 HORAS	\$15.40
818	DESHIDROGENASA LACTICA	\$8.80
819	DIMERO D	\$15.40
820	ELECTROLITOS	\$15.40
821	ELECTROLITOS EN ORINA AL ASAR	\$6.60
822	ELECTROLITOS EN ORINA DE 24 HORAS C/U	\$11.00
823	ELISA O HEGAGLUTINACION PARA CHAGAS	\$15.40
824	ELISA O VIH (SIDA)	\$15.40
825	ERITROSEDIMENTACION	\$5.50
826	Estudio de líquidos (cefaloraquideo, pleural, peritoneal o articular)	\$8.80



*[Handwritten signatures and initials]*

No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
827	EXAMEN GENERAL DE HECES	\$3.80
828	EXAMEN GENERAL DE ORINA	\$3.80
829	FACTOR REUMATOIDEO (LATEX RA)	\$5.50
830	Ferritina	\$22.00
831	FIBRINOGENO	\$15.40
832	FOSFATASA ACIDA (TOTAL)	\$8.80
833	FOSFATASA ALCALINA	\$8.80
834	FOSFATASA PROSTATICA	\$15.40
835	FOSFORO	\$8.80
836	Frotis de Sangre PERIFERICAS FPS	\$5.35
837	FROTIS LARINGE	\$12.10
838	GLUCOSA	\$6.60
839	Glucosa postpandrial	\$4.22
840	GOTA GRUESA	\$4.79
841	HEMATOCRITO-HEMOGLOBINA	\$3.85
842	HEMOCULTIVO	\$9.69
843	Hemoglobina glicosilada	\$15.40
844	HEMOGRAMA	\$5.23
845	HIERRO SERICO	\$8.80
846	INMUNOGLOBULINA IgG PARA TOXOPLASMA	\$17.60
847	INMUNOGLOBULINA IgM PARA TOXOPLASMA	\$26.40
848	LEUCOGRAMA	\$4.40
849	Lisis de Euglobina	\$37.40
850	MAGNESIO	\$15.40
851	NITROGENO UREICO	\$8.80
852	PLAQUETAS	\$5.50
853	Potasio	\$6.60
854	PROTEINA C REACTIVA	\$5.50
855	PROTEINAS TOTALES	\$7.33
856	PRUEBA CRUZADA PARA TRANSFUSION	\$11.00
857	PRUEBA DE LATEX	\$8.21
858	PRUEBAS DE HEPATITIS B	\$18.70
859	PRUEBAS DE HEPATITIS C	\$18.70
860	RECUENTO DE Reticulocitos	\$5.50
861	Recuento de Reticulocitos CD4	\$94.60
862	SANGRE OCULTA	\$5.50
863	Sodio	\$6.60
864	SUSTANCIAS REDUCTORAS EN HECES	\$11.00
865	TGO( Transamina Glutamica Oxalacetica)	\$6.60
866	TGP (Transamina Glutamica Pirubica)	\$6.60
867	Tiempo de coagulación	\$5.50
868	TIEMPO DE SANGRAMIENTO	\$3.85
869	Tiempo de Trombina	\$8.80
870	TIEMPO PARCIAL DE PROTROMBINA	\$6.60
871	TIEMPO Y VALOR DE PROTROMBINA	\$6.60
872	Tiempo sanguíneo	\$11.00
873	TRIGLICERIDOS	\$8.80
874	UROCULTIVO	\$11.00
875	VDRL	\$5.50
876	Western Blot	\$94.60
877	Proteina S	\$33.00
878	Proteina C	\$33.00
879	factores de coagulacion VIII, IX o X C/U	\$22.00



No.	RUBRO	PRECIO POR PAQUETE
880	AMILASA EN ORINA	\$15.40
881	CALCIO EN ORINA	\$5.50
882	CALCIO EN ORINA DE 24 HORAS	\$11.00
883	CULTIVO DE EXUDADO Y LAVADO	\$11.00
884	DIRECTO AL FRESCO DE SECRESION	\$7.70
885	DIRECTO NO BAAR	\$7.70
886	DIRECTO TINTA CHINA	\$7.70
887	FRAGILIDAD OSMOTICA	\$11.00
888	MANTOUX	\$27.50
889	NITROGENO UREICO EN ORINA DE 24 HORAS	\$11.00
890	RETRACCION PORCENTUAL DE COAGULO	\$5.50
891	TSH	\$11.00
892	T3-T4	\$22.00
893	T4	\$11.00
894	T3-T4-TSH	\$31.90
<b>ARANCELES INCORPORADOS 2013</b>		
1	DOPPLER TRANSCRANEAL	\$150.00
2	VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA	\$350.00
3	ELECTROMIOGRAFIA MIEMBROS SUPERIORES	\$80.00
4	ELECTROMIOGRAFIA MIEMBROS INFERIORES	\$80.00
5	ELECTROMIOGRAFIA PARAESPINAL CERVICAL	\$60.00
6	ELECTROMIOGRAFIA PARAESPINAL LUMBAR	\$60.00
7	ELECTROMIOGRAFIA DE LENGUA	\$70.00
8	ELECTROMIOGRAFIA OTRAS LOCALIZACIONES	\$70.00
9	CITOSCOPIA	\$150.00
10	DILATACIÓN URETRAL	\$150.00
11	COLOCACIÓN Y CAMBIO DE SONDA VESICAL	\$50.00



*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

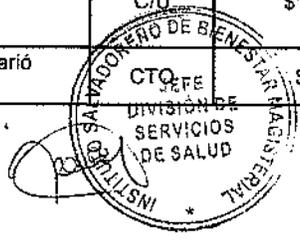


**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
1	0-01-01005	MEBENDAZOL 100 mg Tableta Empaque primario individual	CTO	\$0.67
2	0-01-01010	ALBENDAZOL 200 mg Tableta empaque primario Individual	CTO.	\$12.58
3	0-01-02010	METRONIDAZOLE 500mg. Tableta, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$1.56
4	0-01-02015	METRONIDAZOL 5mg/ml. Solución Inyectable, I.V. envase de 100ml.	C/U	\$0.65
5	0-01-04005	PIRIMETAMINA 25 mg Tableta empaque primario Individual o frasco protegido de la luz	CTO	\$20.30
6	0-01-05010	NIFURTIMOX 120mg Tableta ranurada en cruz , frasco por 100, protegido de la luz	CTO.	\$3.09
7	0-02-00010	LINEZOLID 2 mg / ml Solucion inyectable I.V. Bolsa de infusion. Protegida de la luz	C/U	\$66.67
8	0-02-01005	AMIKACINA(SULFATO) 250mg/ml. Solución Inyectable I.M-I.V frasco vial 2ml.	C/U	\$0.74
9	0-02-01010	GENTAMICINA(SULFATO) 40mg/ml., Solución Inyectable I.M-I.V frasco vial 2ml.	C/U	\$0.74
10	0-02-02010	AMOXICILINA 500mg., Cápsula ó Tableta empaque primario Individual	CTO	\$4.68
11	0-02-02015	AMPICILINA (SODICA) 1 G. polvo para Dilución I.V. Frasco vial	C/U	\$0.30
12	0-02-02020	CEFAZOLINA (sodica) 1 g polvo para dilucion I.V	C/U	\$2.49
13	0-02-02025	CEFADROXILO 500 mg Capsula Empaque primario individual	CTO	\$10.86
14	0-02-02030	CEFTAZIDINA(PENTAHIDRATO) 1G. polvo para Dilución I.V., Frasco vial	C/U	\$2.74
15	0-02-02035	CEFTRIAXONA (SODICA) 1G. polvo para Dilución uso parenteral Frasco vial .	C/U	\$0.82
16	0-02-02055	DICLOXACILINA (SODICA) de 250 mg. Cápsula, empaque primario Individual	CTO	\$7.00
17	0-02-02060	OXACILINA (SODICA) 1G. polvo para Dilución I.V. Frasco vial	C/U	\$2.97
18	0-02-02065	PENICILINA G. (BENZATINICA) 1.2 MILL. U.I. polvo para Suspensión inyectable I.M , Frasco vial con o sin diluyente	C/U	\$0.32
19	0-02-02075	PENICILINA G. (SODICA) 5. MILL. U.I. polvo para Dilución, I.V. Frasco vial	C/U	\$0.39
20	0-02-03006	AMPICILINA (SODICA) + SULBACTAM (SODICO) 1000 mg + 500 mg, polvo para Dilución I.V. Frasco vial	C/U	\$0.89
21	0-02-03025	AMOXICILINA (TRIHIDRATO) + ACIDO CLAVULANICO (CLAVULANATO de POTASIO) 500 mg + 125 mg Tableta recubierta empaque primario individual o frasco, protegido de la luz (O)	CTO	\$38.76
22	0-02-03035	PIPERACILINA (SODICA) + TAZOBACTAM (SODICO) (4+0.5 ) g Polvo para dilucion I.V Frasco vial	C/U	\$10.89
23	0-02-04005	IMIPENEN (ANHIDRO) + CILASTATINA (sodica)(500mg + 500mg) polvo para Dilución I.V., Frasco vial.	C/U	\$8.60
24	0-02-04010	MEROPENEM 1 g Polvo para dilucion I.V Frasco vial	C/U	\$21.46
25	0-02-05005	CLORANFENICOL(SUCCINATO SODICO) 1G. polvo para Dilución, I.V Frasco vial	C/U	\$1.27
26	0-02-06010	CLINDAMICINA(clorhidrato) 300 mg. Cápsula, empaque primario Individual	CTO	\$9.92
27	0-02-06015	CLINDAMICINA(FOSFATO) 150mg/ml. Solución Inyectable, I.V. Frasco vial de 6 ml.	C/U	\$2.24
28	0-02-07020	CLARITROMICINA 500 mg Tableta recubierta Empaque primario individual, protegido de la luz	CTO	\$34.00
29	0-02-08005	CIPROFLOXACINA ( Clorhidrato) 500mg Tableta recubierta empaque primario Individual	CTO	\$3.24
30	0-02-08010	CIPROFLOXACINA 200 mg solucion Inyectable I.VFrasco vial o infusor 100 ml	C/U	\$3.69
31	0-02-08015	LEVOFLOXACINO 500mg/ml Solucion inyectable para infusion I.V frasco infusor o bolsa de 100 ml	C/U	\$16.41
32	0-02-09010	TRIMETOPRIMA+SULFAMETOXAZOL 160mg+800mg, tableta ranurada, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$2.89

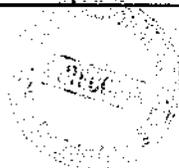


*[Handwritten signature]*



**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
33	0-02-10005	DOXICICLINA (MONOHIDRATO) O (HICLATO) 100mg, Cápsula empaque primario individual, Protegida de la luz	CTO	\$5.00
34	0-02-11005	VANCOMICINA (clorhidrato) 0.5 g, polvo para Dilución I.V. Frasco vial, protegido de la luz	C/U	\$1.94
35	0-03-00020	ETAMBUTOL CLORHIDRATO 400 mg tableta recubierta oral empaque primario individual	CTO	\$4.15
36	0-03-00035	ISONIAZIDA 300 mg tableta oral empaque primario individual protegido de la luz.	CTO	\$0.68
37	0-03-00040	ISONIAZIDA+RIFAMPICINA+PIRAZINAMIDA+ETAMBUTOL (75+150+400+275)mg tableta oral empaque primario individual,protegido de la luz	CTO	\$5.00
38	0-03-00045	ISONIAZIDA+RIFAMPICINA(200+150)mg tableta oral empaque primario individual,protegido de la luz	CTO	\$2.33
39	0-03-00055	PIRAZINAMIDA 500 mg tableta oral empaque primario individual	CTO	\$1.81
40	0-03-00070	RIFAMPICINA 300 mg capsula o tableta oral empaque primario individual,protegido de la luz	CTO	\$3.5'
41	0-04-00005	ANFOTERICINA B 50 mg. polvo para dilución I.V. intratecal, Frasco vial protegido de la luz	C/U	\$29.00
42	0-04-00010	FLUCONAZOL 150mg. Cápsula o tableta, empaque primario individual	CTO	\$4.90
43	0-04-00020	FLUCONAZOL 2mg./ml., Solución Inyectable I.V, Frasco vial 100ml.	C/U	\$9.50
44	0-04-00025	ITRACONAZOL 100 mg Capsula Empaque primario individual	CTO	\$12.90
45	0-05-01005	ACICLOVIR 400 mg Tableta o Cápsula, empaque primario Individual	CTO	\$4.29
46	0-05-01010	ACICLOVIR 250 mg polvo para Dilución, IV, Frasco vial.	C/U	\$10.50
47	0-05-02005	ABACAVIR SULFATO 300 mg capsula o tableta recubierta oral frasco por 60	C/U	\$19.00
48	0-05-02025	DIDANOSINA (ddl) 400 mg capsula (microgranulos con cubierta enterica de liberacion retardada) oral frasco por 30	C/U	\$20.00
49	0-05-02043	ESTAVUDINA (D4T) 30 mg capsula oral frasco por 60	C/U	\$1.43
50	0-05-02050	LAMIVUDINA (3TC) 150 mg tableta recubierta oral frasco por 60, protegido de la luz	C/U	\$2.64
51	0-05-02060	LAMIVUDINA (3TC)+ZIDOVUDINA (AZT) (150+300)mg tableta oral frasco por 60, protegido de la luz	C/U	\$8.70
52	0-05-02080	ZIDOVUDINA(AZT) 300 mg capsula o tableta oral frasco por 60, protegido de la luz	C/U	\$7.2
53	0-05-03010	EFAVIRENZ 600 mg capsula oral frasco por 30	C/U	\$6.69
54	0-05-03015	NEVIRAPINA 200 mg tableta oral frasco por 60	C/U	\$3.10
55	0-05-04013	LOPINAVIR+RITONAVIR (200+50) mg capsula de gelatina blanda oral frasco por 120	C/U	\$82.19
56	0-05-04035	RITONAVIR 100 mg capsula de gelatina blanda oral frasco por 84,protegido de la luz	C/U	\$94.23
57	0-05-04040	ATAZANAVIR SULFATO 150 mg capsula oral frasco por 60	C/U	\$385.00
58	0-06-00005	FENAZOPIRIDINA CLORHIDRATO 200mg. Tableta recubierta, empaque primario Individual	CTO	\$15.50
59	0-06-00015	NITROFURANTOINA MACROCRISTALES 100mg. Cápsula, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$13.18
60	0-07-00010	ESMOLOL CLORHIDRATO 10 mg/ ml Solucion inyectable I.V Frasco vial 10 ml	C/U	\$65.00
61	0-07-01010	PROPRANOLOL CLORHIDRATO 40mg. tableta empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$0.74
62	0-07-01020	PROPANOLOL CLORHIDRATO 1 mg/ml Solución Inyectable I.V, Ampolla de 1 ml, protegida de la luz.	C/U	\$29.95
63	0-0701025	ATENOLOL 100 mg Tableta oral empaque primario individual	CTO	\$1.26



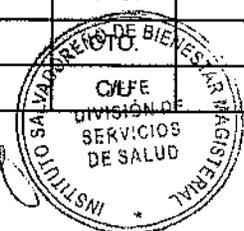
*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
64	0-0701030	CARVEDILOL 6.25 mg Tableta ranurada empaque primario individual o frasco	CTO	\$28.42
65	0-0701035	CARVEDILOL 25 mg Tableta ranurada empaque primario individual o frasco	CTO	\$39.07
66	0-07-02005	LEVO ALFA METILDOPA 500mg. Tableta empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$12.40
67	0-07-03015	NITROPRUSIATO SODICO 25mg/ml. Solución Inyectable I.V., Frasco vial de 2 ml. protegido de la luz	C/U	\$55.00
68	0-07-04005	Amlodipina Besilato 5 mg Tableta Empaque primario individual protegido de la luz	CTO	\$2.10
69	0-07-04006	NIFEDIPINA 30 mg Tableta oral empaque primario individual, protegido de la luz	CTO	\$20.11
70	0-07-04020	NIMODIPINA 30 mg Tableta Empaque primario individual protegida de la luz	CTO	\$18.22
71	0-07-04025	NIMODIPINA 0,2 mg/ml Solucion inyectable I.V Frasco vial 50 ml, protegido de la luz	C/U	\$20.07
72	0-07-04035	VERAPAMILLO CLORHIDRATO 240mg. Tableta recubierta ranurada de Liberacion prolongada, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$35.00
73	0-07-04040	VERAPAMILLO CLORHIDRATO 2.5 mg/ml Solución Inyectable I.V. Ampolla de 2 ml., protegido de la luz	C/U	\$3.40
74	0-07-05010	ENALAPRIL MALEATO 5mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$5.60
75	0-07-05015	ENALAPRIL MALEATO 20mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$0.56
76	0-07-06008	CANDESARTAN Cilexetilo 16 tableta ranurada emp primario individual o	CTO	\$42.95
77	0-07-07005	isosorbide MONONITRATO 40mg. Tableta empaque primario Individual	CTO	\$5.40
78	0-07-07010	NITROGLICERINA 5mg. Sistema de Liberación transdermica para 24 horas. empaque primario Individual, protegido de la luz.	C/U	\$1.66
79	0-07-07015	NITROGLICERINA 5mg/ml Solución Inyectable I.V. Frasco vial de 10ml., protegido de la luz	C/U	\$23.00
80	0-07-08010	DIGOXINA 0.25mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$3.79
81	0-07-08015	DIGOXINA 0.25mg/ml. Solución Inyectable endovenosa Ampolla de 1 – 2ml., protegido de la luz	C/U	\$2.20
82	0-07-09020	DOBUTAMINA (clorhidrato) 12.5mg/ml. Solución Inyectable I.V. Frasco vial 20 ml	C/U	\$1.82
83	0-07-09025	DOPAMINA CLORHIDRATO 40mg/ml. Solución Inyectable I.V. Frasco vial 5 ml	C/U	\$1.11
84	0-07-10005	AMIODARONA CLORHIDRATO 200mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual.	CTO	\$11.50
85	0-07-10010	AMIODARONA CLORHIDRATO 50 mg/ml Solución Inyectable I.M-I.V., Ampolla de 3 ml, Protegida de la luz.	C/U	\$1.40
86	0-07-11005	EFEDRINA SULFATO 25 mg/ml Solución Inyectable I.M-I.V-SC., Ampolla 1ml, protegida de la luz.	C/U	\$2.75
87	0-07-11010	EPINEFRINA 1mg/ml. Solución Inyectable I.M-I.V.-S.C, Ampolla 1ml, Protegida de la luz	C/U	\$0.12
88	0-07-11015	FENILEFRINA CLORHIDRATO 10 mg/ml Solucion inyectable I.M-I.V-S.C, Frasco vial o ampolla 2 ml, protegida de la luz	C/U	\$58.95
89	0-07-11020	NOREPINEFRINA (BITARTRATO) 1mg/ml Solucion inyectable I.V, Frasco vial o ampolla 4 ml, protegida de la luz	C/U	\$1.39
90	0-08-00005	ACETAZOLAMIDA 250 mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual Ó Frasco por 20	CTO.	\$44.44
91	0-08-00015	ESPIRONOLACTONA 100mg, Tableta ranurada empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO.	\$40.00
92	0-08-00025	FUROSEMIDA 40 mg Tableta ranurada empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO.	\$1.29
93	0-08-00030	FUROSEMIDA 10mg/ml. Solución inyectable I.V. Ampolla 2ml., Protegida de la luz	CTO.	\$0.30



**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
94	0-08-00035	HIDROCLOROTIAZIDA 25 mg. Tableta ranurada empaque primario Individual.	CTO.	\$0.72
95	0-08-00040	MANITOL 20% Solución Inyectable I.V.Frasco o bolsa 250 ml	C/U	\$1.78
96	0-09-00005	Acido Acetilsalicilico (80-100) mg Tableta Empaque primario individual	CTO	\$1.23
97	0-09-00010	Estreptoquinasa 1,500,000 U.I Polvo para dilucion I.V frasco vial	C/U	\$130.00
98	0-09-00015	FITOMENADIONA 10mg/ml. Solución Inyectable, I.M -I.V-S.C. Ampolla 1ml., Protegida de la luz	C/U	\$0.61
99	0-09-00025	HEPARINA (SODICA) 5000 U.I./ml., Solución Inyectable I.V. S.C. , Frasco vial de 5ml.	C/U	\$2.49
100	0-09-00030	WARFARINA SODICA 5mg., Tableta ranurada, empaque primario Individual o frasco, protegido de la luz	CTO.	\$35.00
101	0-09-00035	CLOPIDROGEL BISULFATO 75 mg Tableta recubierta, empaque primario Individual	CTO	\$71.10
102	0-09-00040	Protamina Sulfato ( 10 mg o 1000 U.I ) ml Solucion inyectable I.V. Frasco vial o Ampolla 5 ml	C/U	\$38.00
103	0-0900046	NADROPARINA CALCICA 30 mg	C/U	\$2.28
104	0-0900050	ENOXAPARINA SODICA 60 mg (6000 U.I )	C/U	\$5.85
105	0-10-01005	DICLOFENACO SODICO 50 mg. tableta con cubierta enterica, empaque primario individual, protegido de la luz	CTO.	\$1.40
106	0-10-01010	DICLOFENACO SODICO 25mg/ml, Solución Inyectable I.M, Ampolla 3ml.	C/U	\$0.21
107	0-10-01020	IBUPROFENO 400mg. Tableta O Gragea , empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO.	\$1.30
108	0-10-01025	INDOMETACINA 25 mg. Cápsula, empaque primario Individual	CTO.	\$1.24
109	0-10-01030	Ketorolaco Trometamina 30 mg/ml Solucion inyectable I.M-I.V- Ampolla de 1 ml protegido de la luz	C/U	\$0.47
110	0-10-01035	Acido Acetilsalicilico 500 mg Tableta Empaque primario individual	CTO	\$2.51
111	0-10-02005	HIDROXICLOROQUINA SULFATO 400 mg Tableta recubierta oral empaque primario individual, protegido de la luz	CTO	\$18.70
112	0-10-02010	Sulfasalazina 500 mg Tableta con cubierta enterica Empaque primario individual o frasco	CTO	\$14.41
113	0-10-02015	METOTREXATE 2.5 mg Tableta empaque primario Individual ó Frasco, protegido de la luz	CTO	\$20.00
114	0-11-00005	ALOPURINOL 300 mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$1.75
115	0-11-00010	COLCHICINA 0.5 mg Tableta empaque primario Individual protegido de la luz.	CTO	\$49.44
116	0-12-00010	ACETAMINOFEN 500mg. Tableta empaque primario Individual	CTO	\$0.66
117	0-13-00005	ACETAMINOFEN + CODEINA FOSFATO (500 mg + 15-30 mg) tableta ranurada empaque primario Individual, PROTEG de la luz O	CTO	\$19.48
118	0-13-00015	FENTANIL (CITRATO) 0.05mg/ml, Solución Inyectable I.M-I.V. Ampolla 2ml., protegido de la luz	C/U	\$0.55
119	0-13-00020	FENTANIL (CITRATO) 0.05mg/ml, Solución Inyectable I.M-I.V. frasco vial 10 ml, protegido de la luz	C/U	\$3.95
120	0-13-00025	PETIDINA CLORHIDRATO 50mg/ml, Solución Inyectable I.M I.V., Ampolla 2ml.	C/U	\$0.65
121	0-13-00030	MORFINA SULFATO 10 mg/ml Solución Inyectable I.M. I.V. , Ampolla 1 ml	C/U	\$1.28
122	0-13-00035	NALBUFINA CLORHIDRATO 10 mg./ml Solución Inyectable I.M. I.V. S.C. , Ampolla 1 ml.	C/U	\$2.40
123	0-13-00040	TRAMADOL CLORHIDRATO 50mg/ml. Solución Inyectable I.M-I.V, Ampolla 2ml.	C/U	\$0.17
124	0-13-00045	TRAMADOL CLORHIDRATO 50 mg. Cápsula , empaque primario Individual		\$9.43
125	0-13-00050	NALOXONE 0.4 mg./ml. Solución Inyectable I.M. I.V. Frasco vial ó Ampolla 1 ml	C/U	\$2.50
126	0-14-00005	ISOFLURANO Solución PARA INHALACION, Frasco 100 ml protegido de la luz		\$30.00



*[Handwritten signature]*



**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
127	0-14-00010	KETAMINA (clorhidrato) 50 mg/ml Solución Inyectable I.V., Frasco vial 10 ml protegido de la luz.	C/U	\$2.50
128	0-14-00015	PROPOFOL 10 mg/ml Emulsión Inyectable I.V. Ampolla 20 ml	C/U	\$3.89
129	0-14-00020	PROPOFOL 20 mg/ml emulsión Inyectable I.V. Frasco vial de 50 ml	C/U	\$24.07
130	0-14-00025	SEVOFLUORANO, Solución PARA INHALACION, Frasco de vidrio o de naftalato de polietileno 250 ml. protegido de la luz	C/U	\$138.00
131	0-15-00005	BUPIVACAINA CLORHIDRATO 0,5% Solución Inyectable sin preservantes, Ampolla ó Frasco vial ( 20 - 30 )ml	C/U	\$2.34
132	0-15-00015	BUPIVACAINA CLORHIDRATO + DEXTROSA (0.5 % + 8 %) Solución Inyectable intratecal Ampolla 4ml	C/U	\$1.25
133	0-15-00025	LIDOCAINA CLORHIDRATO 2% Solución Inyectable I.V. S.C. , Frasco vial 50ml.	C/U	\$2.49
134	0-15-00030	LIDOCAINA 10% Aerosol, frasco atomizador	C/U	\$11.89
135	0-16-00005	METOCARBAMOL 500mg. Tableta Empaque primario Individual	CTO	\$1.66
136	0-16-00010	Orfenadrina citrato 30 mg/ ml Solucion inyectable IM.-I.V. Ampolla de 2 ml	C/U	\$1.65
137	0-16-00015	TIZANIDINA (clorhidrato) 4 mg Tableta ranurada en cruz empaque primario Individual protegido de la luz	CTO	\$48.00
138	0-16-01005	ATRACURIO BESILATO 10mg/ml Solución Inyectable I.V. , Ampolla 2.5ml. Protegida de la luz	C/U	\$4.94
139	0-16-01006	CISATRACURIO BESILATO 2 mg/ml Solución Inyectable I.V. Ampolla 2.5 ml, Protegida de la luz	C/U	\$5.81
140	0-16-01015	PANCURONIO BROMURO 2mg/ml Solución Inyectable I.V. , Ampolla 2ml.	C/U	\$1.00
141	0-16-01030	VECURONIO BROMURO 4mg, polvo para Dilución I.V., Ampolla o frasco vial	C/U	\$6.00
142	0-17-00005	ATROPINA SULFATO 0.5 mg/ml, Solución Inyectable I.M. I.V. S.C. , Ampolla 1 ml.	C/U	\$0.81
143	0-17-00010	ATROPINA SULFATO 5 mg/ml, Solución Inyectable, I.M. I.V. S.C. Ampolla 1ml.	C/U	\$3.50
144	0-17-00015	HIOSCINA N- BUTILBROMURO 10 mg Gragea , empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$5.22
145	0-17-00020	N-BUTILBROMURO de HIOSCINA 20 mg/ml Solución Inyectable I.M. I.V. S.C. ampolla 1 ml, protegida de la luz	C/U	\$0.58
146	0-18-00005	NEOSTIGMINA METIL SULFATO 0.5 mg/ml Solución Inyectable I.M./I.V./S.C. Ampolla 1ml protegida de la luz	C/U	\$0.17
147	0-19-01005	AMINOFILINA 25mg/ml Solución Inyectable I.V., Ampolla de 10ml., Protegida de la luz	C/U	\$0.89
148	0-19-02005	IPATROPIO BROMURO 250 mcg/ml Solución PARA NEBULIZADOR Frasco 20 ml protegido de la luz	C/U	\$2.75
149	0-19-02010	IPATROPIO BROMURO 20 mcg/DOSIS suspension EN AEROSOL , Frasco inhalador dosificado libre de CLOROFLUROCARBONO (C.F.C.) 200 - 300 inhalaciones	C/U	\$9.04
150	0-19-03005	SALBUTAMOL (SULFATO) 100 mcg/DOSIS Solución EN AEROSOL Frasco inhalador dosificado libre de CLOROFLUROCARBONO (C.F.C.) 200 - 250 nhalaciones	C/U	\$2.58
151	0-19-03010	SALBUTAMOL (SULFATO) 0.5% Solución para nebulización, Frasco 20 ml. protegido de la luz	C/U	\$2.69
152	0-19-03015	FORMOTEROL FUMARATO 12 mcg Capsula caja por 30 capsula con dispositivo inhalador	C/U	\$12.60
153	0-19-04005	Beclometasona Dipropionato 50 mcg/aplicacion AEROSOL Frasco inhalador, 200-250 INHALACIONES, libre de CLOROFLUROCARBONO (C.F.C.)	C/U	\$4.65
154	0-19-04010	Beclometasona Dipropionato 250 mcg/aplicacion AEROSOL Frasco inhalador, 200-250 INHALACIONES, libre de CLOROFLUROCARBONO (C.F.C.)	C/U	\$6.46
155	0-19-04018	Triancinolona Acetonido 55 mcg/ aplicación Suspension acuosa, aerosol nasal Frasco inhalador 120 aplicaciones	C/U	\$6.16
156	0-20-00015	CLORFENIRAMINA MALEATO 10 mg/ml Solución Inyectable I.M. I.V. , Ampolla 1ml., Protegida de la luz.	C/U	\$0.82
157	0-20-00045	LORATADINA 10mg Tableta empaque primario individual	CTO	\$0.67

**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
158	0-21-01005	DIMENHIDRINATO 50 mg Tableta ranurada empaque primario Individual	CTO	\$1.08
159	0-21-01010	DIMENHIDRINATO 50 mg/ml, Solución Inyectable I.M- I.V Frasco vial 5 ml.	C/U	\$1.37
160	0-21-01020	METOCLOPRAMIDA (clorhidrato) 10mg Tableta ranurada, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$0.95
161	0-21-01025	METOCLOPRAMIDA (clorhidrato) 5mg/ml Solución Inyectable I.M. I.V., Ampolla 2ml. Protegida de la luz	C/U	\$0.29
162	0-21-02005	GRANISETRON (clorhidrato) 1 mg Tableta, empaque primario Individual, protegido de la luz O	CTO	\$679.00
163	0-21-02015	GRANISETRON(clorhidrato) 1 mg/ml Solución Inyectable I.V. Ampolla 3 ml, protegido de luz O	C/U	\$5.26
164	0-21-04015	RANITIDINA (clorhidrato) 50mg, Solución Inyectable I.M - I.V Ampolla (2-5) ml, protegida de la luz	C/U	\$0.10
165	0-21-05007	PANTOPRAZOL 40 mg Gragea, empaque primario Individual.	CTO	\$42.19
166	0-21-05016	ESOMEPRAZOL SODICO 40 mg polvo liofilizado para solución inyectable I.V frasco vial con diluyente	C/U	\$6.62
167	0-21-07010	PSYLLIUM HIDROFILICO MUCILOIDE polvo granulado Frasco 200-500 g	C/U	\$1.95
168	0-21-08005	ANESTESICO LOCAL CON ESTEROIDES SIN SALES de BISMUTO, UNGÜENTO tubo (30-60)g, con aplicador rectal	C/U	\$5.37
169	0-21-09005	LOPERAMIDA CLORHIDRATO 2mg Cápsula ó Tableta, empaque primario Individual, Protegida de la luz	CTO	\$1.24
170	0-21-10015	LACTULOSA 10 g/15 ml solución oral frasco de (400-500)ml	C/U	\$9.61
171	0-22-01005	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO 100mg, tableta ranurada, empaque primario Individual, Protegida de la luz	CTO	\$4.77
172	0-22-01010	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO 25 mg/ml SOL Inyectable I.M. I.V. , Ampolla 2ml. Protegida de la luz	C/U	\$5.84
173	0-22-01020	HALOPERIDOL 2 mg/ml Solución Oral, Frasco gotero 15 ml., protegido de la luz	C/U	\$2.10
174	0-22-01025	HALOPERIDOL 5 mg Tableta ranurada, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$7.80
175	0-22-01030	HALOPERIDOL 5 mg/ml Solución Inyectable I.M - I.V Ampolla 1 ml., protegido de la luz	C/U	\$2.20
176	0-22-03005	BROMAZEPAN 3 mg Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$1.90
177	0-22-03015	DIAZEPAM 5 mg/ml solución inyectable I.M-I.V ampolla de 1 ml, protegida de la luz	C/U	\$0.24
178	0-22-03020	MIDAZOLAM (clorhidrato) 5 mg/ml, Solución Inyectable I.M. I.V. , Ampolla 3 ml.	C/U	\$0.85
179	0-22-04005	FLUMAZENIL 0.1 mg/ml Solución Inyectable I.V. , Ampolla 5 ml	C/U	\$37.86
180	0-22-05005	AMITRIPTILINA CLORHIDRATO 25 mg. Gragea O Tableta, empaque primario Individual	CTO	\$3.40
181	0-22-05015	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 10 mg. Gragea O Tableta, empaque primario Individual	CTO	\$22.77
182	0-22-05020	IMIPRAMINA CLORHIDRATO 25 mg. Gragea O Tableta, empaque primario Individual	CTO	\$11.90
183	0-22-08005	BIPERIDENO CLORHIDRATO 2 mg Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$7.00
184	0-22-08015	LEVODOPA + CARBIDOPA (250 mg + 25 mg) tableta ranurada, empaque primario individual, protegido de la luz	CTO	\$15.88
185	0-22-09020	ACIDO VALPROICO (SODICO) 500 mg. tableta con cubierta entera, empaque primario Individual ó Frasco	CTO	\$10.80
186	0-22-09025	CARBAMAZEPINA 200mg Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$2.96
187	0-22-09035	FENITOINA SODICA 100 mg. Cápsula de Liberación prolongada, empaque primario Individual ó Frasco protegido de la luz	CTO	\$10.20
188	0-22-09040	FENITOINA SODICA 50 mg/ml, Solución Inyectable I.V. Frasco vial 5ml.	C/U	\$2.40
189	0-22-09050	FENOBARBITAL 100 mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual		\$3.30



*[Handwritten signature]*

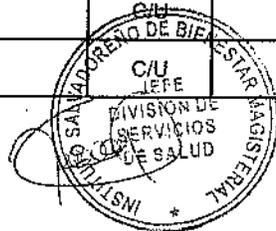


**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
190	0-22-09055	FENOBARBITAL SODICO 65 mg/ml Solución Inyectable I.M. I.V. Ampolla 2ml.	C/U	\$15.90
191	0-22-10005	ERGOTAMINA TARTRATO + CAFEINA 1+ 100 mg Tableta O Cápsula, empaque primario Individual O Frasco , protegido de la luz.	CTO	\$3.02
192	0-22-11005	MEMANTINA CLORHIDRATO 10 MG TABLETA RANURADA ORAL	CTO	\$44.00
193	0-23-01005	GLIBENCLAMIDA 5 mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$0.40
194	0-23-01010	INSULINA HUMANA CRISTALINA ADN RECOMBINANTE 100 U.I./ml. Solucion Inyectable I.V. S.C. Frasco vial 10 ml. O	C/U	\$4.46
195	0-23-01020	INSULINA HUMANA ISOFANA NPH - ADN RECOMBINANTE 100 U.I./ml. suspension Inyectable, S.C. Frasco vial 10ml. O	C/U	\$4.46
196	0-23-01030	METFORMINA CLORHIDRATO 850 mg. Tableta ranurada empaque primario Individual ó Frasco por 30-60 tableta..	CTO	\$1.20
197	0-23-03005	LEVOTIROXINA SODICA 0.05mg. Tableta, empaque primario Individual. Protegida de luz	CTO	\$1.02
198	0-23-03010	LEVOTIROXINA SODICA 0.1 mg. Tableta, empaque primario Individual. Protegida de luz	CTO	\$1.55
199	0-23-03020	PROPILTIRACILO 50 mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual	CTO	\$7.87
200	0-23-04015	DEXAMETASONA FOSFATO (SODICO) 4 mg/ml Solución Inyectable I.M. I.V. , Frasco vial 5 ml., protegido de la luz	C/U	\$1.32
201	0-23-04020	HIDROCORTISONA (SUCCINATO SODICO) 500 mg.,polvo para Dilución I.M.Ó I.V., Frasco vial, Estabilidad 72 horas despues de reconstituido	C/U	\$6.33
202	0-23-04030	METIL. PREDNISOLONA (SUCCINATO SODICO) 1g polvo para Dilución I.M. Ó I.V., Frasco vial, Estabilidad 48 horas despues de reconstituido	C/U	\$24.55
203	0-23-04035	PREDNISONA 5 mg . Tableta ranurada, empaque primario Individual O	CTO	\$1.59
204	0-23-04045	PREDNISONA 50 mg., Tableta ranurada empaque primario Individual	CTO	\$11.00
205	0-23-04050	TRIAMCINOLONA ACETONIDA 10 mg/ml, Suspensión Inyectable I.M -I.A. - IL, Frasco vial 5ml, protegido de la luz	C/U	\$25.38
206	0-23-04055	DANAZOL 200 mg Tableta o Cápsula, empaque primario Individual ó Frasco protegido de la luz	CTO	\$55.00
207	0-25-01006	SIMVASTATINA 20 mg. Tableta ranurada, empaque primario Individual o	CTO	\$2.13
208	0-25-02005	CIPROFIBRATO 100 mg Tableta empaque primario Individual. O	CTO	\$20.70
209	0-26-00010	RITUXIMAB MESILATO 10 mg/ml Solucion inyectable frasco vial 10 ml	C/U	\$465.09
210	0-26-00020	ISOTRETINOINA (ACIDO AL TRANS RETINOICO) 10mg capsula empaque primario individual o frasco	CTO	\$350.64
211	0-2600025	CAPECITABINA 500 mg Tableta recubierta Empaque primario individual	CTO	\$690.01
212	0-26-00030	FILGRASTIN 300 mcg/0,5ml Solución Inyectable, jeringa precargada ó Frasco vial, 1ml	C/U	\$135.35
213	0-26-01005	CICLOFOSFAMIDA 0.5 G polvo para Dilución I.V Frasco vial	C/U	\$15.82
214	0-26-01015	CLORAMBUCIL 2 mg. Tableta, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$108.90
215	0-26-01020	IFOSFAMIDA 1G. polvo para Dilución I.V , Frasco vial	C/U	\$66.11
216	0-26-01023	MELFALAN 2 mg Tableta oral empaque primario individual o frasco, protegido de la luz	CTO	\$76.00
217	0-26-01045	CISPLATINO 50 mg. polvo para Dilución o solucion inyectable I.V., Frasco vial, protegido de la luz	C/U	\$16.95
218	0-26-01050	DACARBACINA 200 mg polvo para Dilución IV Frasco vial protegido de la luz	C/U	\$24.00
219	0-26-02005	AZATIOPRINA 50 mg. Tableta, empaque primario Individual, Ó Frasco, protegido de la luz	CTO	\$38.62
220	0-26-02010	CITARABINA 100 mg. polvo para Dilución o solucion inyectable I.V. frasco vial libre de preservantes	C/U	\$4.70
221	0-26-02015	CITARABINA 500 mg. polvo para Dilución o solucion inyectable I.V. frasco vial libre de preservantes	C/U	\$16.79



*[Handwritten signature]*



**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
222	0-26-02020	5-FLUOROURACILO 50 mg Solución Inyectable I.V. Frasco vial de (10- 20) ml	C/U	\$6.71
223	0-26-02025	HIDROXIUREA 500 mg, Cápsula ó Frasco protegido de la luz	CTO	\$49.00
224	0-26-02030	MERCAPTOPURINA 50 mg. Tableta, empaque primario Individual ó Frasco protegido de la luz	CTO	\$201.47
225	0-26-02035	METOTREXATE 25 / ml polvo para dilucion o solucion inyectable I.M- I.V FRASCO VIAL 2 ml, sin preservantes	C/U	\$8.95
226	0-26-02045	METOTREXATO (SODICO) 500 mg. polvo para Dilución o solucion inyectable IM ó IV frasco vial sin preservantes	C/U	\$36.27
227	0-26-03010	BLEOMICINA SULFATO 15 UNIDADES polvo para Dilución, I.M. - I.V. S.C Frasco vial.	C/U	\$39.00
228	0-26-03015	DOXORUBICINA CLORHIDRATO 10 mg polvo Para Dilución, I.V. Frasco vial protegido de la luz	C/U	\$6.44
229	0-26-03025	MITOMICIN C 5 mg., polvo para Dilución I.V., Frasco vial, protegido de la luz.	C/U	\$36.15
230	0-26-04005	LEUCOVORINA (CALCICA) 10 mg/ml., Solución Inyectable I.V. , Frasco vial 5 ml. protegido de la luz.	C/U	\$6.7
231	0-26-04010	MESNA 100mg/ml Solución Inyectable I.V. , Ampolla 4ml, protegido de la luz	C/U	\$2.24
232	0-26-05005	PACLITAXEL 6 mg/ml., Solución Inyectable Frasco vial 5 ml.	C/U	\$14.08
233	0-26-05015	VINCRISTINA SULFATO 1 mg/ml., Solución Inyectable I.V. , Frasco vial 1 ml	C/U	\$7.05
234	0-26-05020	VINBLASTINA (SULFATO) 10 mg polvo para Dilución I.V. Frasco vial	C/U	\$27.00
235	0-26-06005	ETOPOSIDO 20 mg/ml., Solución Inyectable I.V. , Frasco vial 5 ml	C/U	\$13.43
236	0-26-07005	FLUTAMIDA 250 mg. Tableta O Cápsula, empaque primario Individual protegido de la luz.	CTO	\$125.00
237	0-26-07015	TAMOXIFENO (CITRATO) 20 mg. tableta empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$25.49
238	0-26-08010	CICLOSPORINA A 100 mg/ml solucion oral (modificada : microemulsión o dispersion acuosa.) Frasco 50 ml, protegido de la luz	C/U	\$144.00
239	0-26-08015	MICOFENOLATO MOFETIL 250mg Cápsula frasco, protegido de la luz	CTO	\$198.01
240	0-26-09005	TALIDOMIDA 100 mg Tableta o capsula empaque primario individual, protegido de la luz	CTO	\$189.00
241	0-27-01005	ACIDO ASCÓRBICO 500 mg. Tableta, empaque primario Individual, protegido de la luz	CTO	\$2.84
242	0-27-01015	TIAMINA CLORHIDRATO 100mg Tableta oral empaque primario individual, protegido de la luz	CTO	\$3.76
243	0-27-01020	TIAMINA CLORHIDRATO 100mg/ml, Solución Inyectable I.M. I.V., Frasco vial 10 ml, protegido de la luz	C/U	\$0.69
244	0-27-01035	VITAMINA D3 0,25MCG, Tableta O Cápsula empaque primario Individual ó Frasco , protegido de la luz	CTO	\$20.40
245	0-27-02005	CALCIO CARBONATO (equivalente a calcio elemental ) 1498,5 mg ( 600 mg ) Tableta o capsula empaque primario Individual ó GRASCO	CTO	\$2.99
246	0-27-02010	ALENDRONATO SODICO 70 mg Tableta empaque primario individual	CTO	\$29.00
247	0-27-05010	HIDROXICOBALAMINA O CIANOCOBALAMINA 100mcg/ml solucion inyectable I.M Frasco vial 10 ml, protegido de la luz	C/U	\$0.80
248	0-27-05020	HIERRO SULFATO 300mg. Tableta empaque primario Individual, protegido de la luz.	CTO	\$0.90
249	0-28-00010	AGUA ESTERIL PARA INYECCION Ampolla 10 ml.	C/U	\$0.09
250	0-28-00015	AGUA ESTERIL PARA INYECCION Frasco vial 50 ml.	C/U	\$2.84
251	0-28-00020	AGUA ESTERIL PARA INYECCION, bolsa o frasco plastico flexible 1000ml	C/U	\$1.05
252	0-28-00025	CALCIO (GLUCONATO) 10 % Solución Inyectable, I.V Ampolla 10 ml	C/U	\$1.24
253	0-28-00035	DEXTOSA EN AGUA DESTILADA 5% solucion inyectable I.V Bolsa o frasco plastico flexible 250 ml	C/U	\$0.55

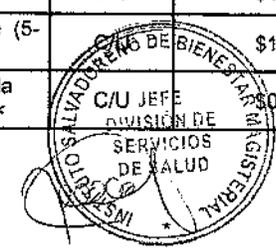


**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
254	0-28-00040	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% Solucion inyectable I.V Bolsa 500 ml	C/U	\$0.60
255	0-28-00045	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 5% Solucion inyectable I.V Bolsa o frasco plastico flexible 1000 ml	C/U	\$0.72
256	0-28-00050	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 10% Solucion inyectable I.V Bolsa o frasco plastico flexible 250 ml	C/U	\$0.68
257	0-28-00055	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 50% Solucion inyectable I.V frasco o bolsa 50 ml	C/U	\$1.50
258	0-28-00060	DEXTROSA EN AGUA DESTILADA 50% Solucion inyectable I.V frasco o bolsa 500 ml	C/U	\$7.25
259	0-28-00070	DEXTROSA Y SODIO CLORURO (5+0.9)% Solución electrolítica en agua destilada I.V bolsa o frasco plastico flexible 1000 ml.	C/U	\$0.69
260	0-28-00075	EXPANSOR DE VOLUMEN PLASMATICO A BASE DE GELATINA 3.5 % Solución coloidal I.V. Frasco 500 ml	C/U	\$8.50
261	0-28-00080	MAGNESIO SULFATO 50% Solución Inyectable I-M-I.V Ampolla 10 ml	C/U	\$1.14
262	0-28-00085	POTASIO (CLORURO) 20 MEQ/15ml Frasco AMBAR 120 ml	C/U	\$15.94
263	0-28-00090	POTASIO (CLORURO) 2 MEQ/ml Solución Inyectable I.V Ampolla 10 ml	C/U	\$0.82
264	0-28-00095	SODIO BICARBONATO 44.6-50 mEq/50 ml Solución Inyectable I.V Frasco vial 50 ml	C/U	\$5.95
265	0-28-00105	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% solucion inyectable I.V BOLSA OFRASCO PLASTICO FLEXIBLE 250 ML	C/U	\$0.37
266	0-28-00110	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 0.9% solucion inyectable I.V Bola 500 ml	C/U	\$0.55
267	0-28-00115	SODIO CLORURO 0 EN AGUA DESTILADA .9% solucion inyectable I.V Bolsa 1000 ml	C/U	\$0.63
268	0-28-00125	SODIO CLORURO EN AGUA DESTILADA 20% Solución Inyectable I.V Ampolla 10 ml	C/U	\$0.11
269	0-28-00135	Solución electrolítica en agua destilada CON Na, K, Ca Y LACTATO (HARTMANN), solucion inyectable. Bolsa o frasco plastico flexible 1000 ml	C/U	\$0.66
270	0-28-00150	Solución PARA DIALISIS PERITONEAL 1.5% , solucion para dialisis bolsa 2000 ml	C/U	\$3.35
271	0-28-00180	Solución PARA DIALISIS PERITONEAL 4.25% , solucion para dialisis bolsa 2000 ml	C/U	\$3.35
272	0-29-00005	ALBUMINA HUMANA (20 - 25) % , Solución Inyectable I.V Frasco vial 50 ml	C/U	\$34.30
273	0-29-00020	ERITROPOYETINA RECOMBINANTE HUMANA 50,000U.I Solución Inyectable o polvo liofilizado Frasco vial 10 ML	C/U	\$300.53
274	0-29-00035	INMUNOGLOBULINA HUMANA ANTIRRABICA 150 U.I / ml Solucion inyectable I.M-I.L Frasco vial 2 ml	C/U	\$89.50
275	0-29-00045	INMUNOGLOBULINA HUMANA NORMAL (5-6) g polvo liofilizado para dilución I.V o Solución Inyectable I.V. Frasco vial, protegido de la luz.	C/U	\$332.00
276	0-29-00050	Factor VIII 500 U.I ± 20% polvo para Dilución I.V., Frasco vial	C/U	\$152.00
277	0-2900053	Factor IX 500 U.I ± 20% polvo para Dilución I.V., Frasco vial	C/U	\$303.00
278	0-29-00056	interferon alfa 2a Recombinante(18-30 ) MUI Solucion para inyeccion S.C Pluma multidosis.	MUI	\$13.67
279	0-31-00005	ACICLOVIR 3% UNGÜENTO OFTALMICO, Tubo (4.5 - 5) g	C/U	\$3.80
280	0-31-00025	CICLOPENTOLATO CLORHIDRATO 1% Solución Oftalmica, Frasco gotero (5 - 15) ml, protegido de la luz.	C/U	\$1.48
281	0-31-00030	CIPROFLOXACINA (clorhidrato) 0.3% Solución Oftalmica, Frasco gotero 5 ml protegido de la luz	C/U	\$0.75
282	0-31-00035	CLORANFENICOL 0,5% Solución Oftalmico Frasco gotero (5-10) ml, protegido de la luz	C/U	\$0.33
283	0-31-00040	CLORANFENICOL 1% UNGÜENTO Oftalmico tubo (3-5) g	C/U	\$1.25
284	0-31-00045	CLORANFENICOL + DEXAMETASONA (5+1) mg/ml Solución Oftalmica, FRASCO gotero de (5-10) ml	C/U	\$1.60
285	0-31-00060	DICLOFENACO SODICO 0.1 % Solución OFTAMICA Frasco gotero( 5-10) ml protegido de la luz	C/U	\$0.56

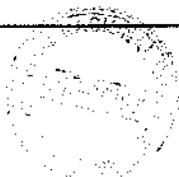


*[Handwritten signature]*

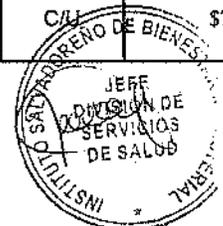


**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
286	0-31-00065	DORZOLAMINA (clorhidrato) 2 % Solución Oftálmica Frasco gotero 5 ml protegido de la luz.	C/U	\$10.54
287	0-31-00070	FENILEFRINA CLORHIDRATO 10% Solución Oftálmica Frasco ( 5 - 15) ml, protegido de la luz.	C/U	\$3.40
288	0-31-00075	(POLIVIDONA + ELECTROLITOS O HIDROXIPROPILMETILCELULOSA ) (Polividona 50 mg / ml + electrolitos) o (Hidroxiopropilmetilcelulosa 0.5 %) Solución Oftálmica Frasco gotero ( 10 - 15 ) ml	C/U	\$0.52
289	0-31-00080	LATANOPROST 0.005% Solución Oftálmica Frasco gotero 2.5 ml	C/U	\$6.79
290	0-31-00090	PREDNISOLONA ACETATO 1% suspensión Oftálmica Frasco gotero (5 - 10) ml protegido de la luz	C/U	\$0.97
291	0-31-00095	SOLUCION SALINA BALANCEADA ESTERIL PARA IRRIGACION INTRAOCULAR 305 mOsm/ litro solución oftálmica frasco 500 ml	C/U	\$10.00
292	0-31-00100	TETRACAINA CLORHIDRATO 0.5% Solución Oftálmica, Frasco gotero( 5-10) ml, protegido de la luz	C/U	\$2.44
293	0-31-00115	TIMOLOL (MALEATO) 0.5% Solución Oftálmica, Frasco gotero (5 -10)ml, protegido de la luz	C/U	\$0.50
294	0-31-00120	TOBRAMICINA 0.3% , Solución Oftálmica Frasco gotero( 5 –10) ml.	C/U	\$0.95
295	0-31-00125	TOBRAMICINA + DEXAMETAZONA (0.3% + 0.1%) suspensión Oftálmico Frasco gotero (5-10 )ml.	C/U	\$1.25
296	0-31-00140	Tropicamida + Fenilefrina Clorhidrato (0,8 + 5 ) % Solución oftálmica Frasco gotero 15 ml	C/U	\$4.48
297	0-32-00020	BETAMETAZONA (VALERATO) 0.1%, CREMA tubo (15-30) g	C/U	\$0.29
298	0-32-00030	CLOTRIMAZOL 1% CREMA ,tubo (20-40) g.	C/U	\$0.26
299	0-32-00035	HIDROCORTISONA ACETATO 1% CREMA tubo(25 -40) g.	C/U	\$0.58
300	0-32-00055	NEOMICINA (SULFATO) + BACITRACINA (ZINC) 5 mg (5000 UI) + 5 mg (250 UI ) Ungüento tubo (15-25) g	C/U	\$0.38
301	0-32-00060	NITROFURAZONA 0.2 % Ungüento Tarro 400 g protegido de la luz	C/U	\$38.70
302	0-32-00065	PERMETRINA 5%, Loción frascos 60 ml, protegido de la luz	C/U	\$2.50
303	0-32-00080	SULFADIAZINA de PLATA 1% CREMA TARRO 400 g protegido de la luz	C/U	\$4.56
304	0-33-00005	CLOTRIMAZOL 1% CREMA VAGINAL tubo con aplicador 40 g	C/U	\$0.40
305	0-33-00035	Salbutamol ( Sulfato) 4 mg Tableta ranurada Empaque primario individual, protegido de la luz	CTO	\$1.50
306	0-34-00005	FORMULA POLIMERICA ADULTO CON DISTRIBUCION COMPLETA NORMAL DE NUTRIENTES, RANGOS: CARBOHIDRATOS( 50-55) %, PROTEINAS ALTO VALOR BIOLOGICO (12-16) %, LIPIDOS (25 - 35)% LIBRE DE LACTOSA Y GLUTEN, POLVO O LIQUIDO, LATA DE 400 g O MAS O ENVASE ( 250 - 1000	C/U	\$4.92
307	0-34-00025	FORMULA PARA PACIENTE RENAL ESPECIALIZADA PROTEINAS (6- 15) %, CARBOHIDRATOS ( 55- 70 ) %, LIPIDOS ( 25 - 35 ) %, POLVO O LIQUIDO ,SOBRE 100 g O MAS ,ENVASE (100 - 250 ) ml.	C/U	\$2.75
308	0-34-00030	FORMULA PARA PACIENTE CON INTOLERANCIA A LA GLUCOSA O DIABETICO, CARBOHIDRATO (45 - 55)%, PROTEINAS (15- 20 )%, GRASA DE ( 25- 35 )%, LIBRE DE LACTOSA, CON FIBRA CON EDULCORANTE Y M- INOSITOL, LIQUIDO, ENVASE 200 ML O MAS	C/U	\$1.70
309	0-34-00050	FORMULA ELEMENTAL (NUTRIENTES HIDROLIZADOS) CON REQUERIMIENTO DE VITAMINAS Y MINERALES, POLVO O LIQUIDO, SOBRE 70 g O MAS, ENVASE O LATA( 200-400) ml.	C/U	\$23.35
310	0-34-00055	FORMULA HIPERCALORICA (1,5 -2) CALORIAS/ml, PROTEINAS MAYOR DEL 15% ENVASE 8 ONZAS O MAS	C/U	\$2.50
311	0-34-00060	MODULO DE CARBOHIDRATOS DE CONTENIDO: MALTOSADEXTRINA(ALMIDONES) O POLIMEROS DE GLUCOSA O SOLIDOS DE JARABE DE MAIZ O MEZCLA POLVO ENVASE (200- 500) g	C/U	\$7.55



*Handwritten signature*



**CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES OFERTADO AL ISBM 2013**

No.	CODIGO	DESCRIPCION del MEDICAMENTO.	U/M	PRECIO
312	0-34-00065	MODULO DE PROTEINAS ( ALTO VALOR BIOLÓGICO) (90- 100)% POLVO LATA DE 200 g o MAS	C/U	\$14.25
313	0-34-00070	OLIGOELEMENTOS QUE INCLUYA AL MENOS ZINC, SELENIO, COBRE, MANGANESO, CROMO, MOLIBDENO, SOLUCION USO PARENTERAL , FRASCO VIAL (10 - 20 ) ml	C/U	\$1.80
314	0-34-00075	SOLUCION DE AMINOACIDOS PARA NUTRICION PARENTERAL ,AMINOACIDOS 3%, CON GLICEROL (25 - 30) g/litro CON ELECTROLITOS, SOLUCION,USO PARENTERAL ,FRASCO O BOLSA 1000 ml.	C/U	\$20.00
315	0-34-00095	SOLUCION NUTRICION PARENTERAL A BASE DE ACIDOS GRASOS (20- 30) % LCT o MCT-LCT ,SOLUCION,USO PARENTERAL,FRASCO O BOLSA 500 ml	C/U	\$12.00
316	0-35-00010	Polidocanol 3 % Solución inyectable I.V-S.C ,Frasco vial 30 ml.	C/U	\$19.00
317		CICLOSPORINA A 100 mg Capsula	CTO	\$345.90



*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*

