

RESOLUCIÓN N° 0804 - 2014

“POR EL CUAL SE CREAN EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO NO DEFINIDOS EN EL DECRETO 2423 DE 1996 MANUAL TARIFARIO SOAT”

La Gerente encargada por la E.S.E Hospital San José del Guaviare, en usos de sus facultades legales en especial las conferidas por la Resolución N° 0155 de 2014. Y acta de posesión N° 620 emanada por la Gobernación del Guaviare y

CONSIDERANDO

Que el Decreto 2423 de 1996 “por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de exámenes y procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones”, se establecen unos exámenes que la E.S.E Hospital San José del Guaviare, realiza a cabalidad.

Que de acuerdo al estudio realizado en las diferentes área asistenciales y por conceptos emitidos por los profesionales especialistas y de laboratorio que prestan los servicios en la entidad, en el cual se evidencia la falta de exámenes y procedimientos que no se encuentran definidos en el Decreto 2423 de 1996, y que actualmente se realizan en la E.S.E Hospital San José del Guaviare. Situación por la cual se cuenta con la necesidad de crear estos exámenes y procedimientos.

Que amparados en el Artículo 87 del Decreto 2423 de 1996 se facultad a la E.S.E Hospital San José del Guaviare, por situación de orden tecnológico, la creación y reconocimiento de la tarifa de los exámenes y procedimientos que realiza la entidad y que no se encuentran en el presente decreto

Que se reconocerán los siguientes exámenes y procedimientos y se establecerá la tarifa por no estar definidos en el Decreto 2423 de 1996 los cuales son:

EXÁMENES y PROCEDIMIENTOS NO DEFINIDOS EN EL DECRETO 2423 DE 1996 MANUAL TARIFARIO SOAT; NO QUIRURGICOS			
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMIENTOS	VALOR PROCEDIMIENTO
1	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBSUTANEO	\$26.900
2	902104 ✓	DIMERO D POR EIA ✓	\$47.300
3	902105 ✓	DIMERO D POR LÁTEX ✓	\$47.300
4	906815 ✓	HEPATITIS B- CARGA VIRAL	\$287.100
5	906249 ✓	HIV I-II ANTICUERPOS (ELISA 4ta GENERACIÓN)	\$21.700
6	906422 ✓	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IgG POR EIA	\$64.600
7	906423 ✓	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IgM POR EIA	\$64.600

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza

TEL: (98) 5840045 – 5840168 FAX: 5840531 – 5841243

Web site: www.hospitalsanjose.org

Email: esehsjg@hotmail.com



GERENCIA

8	904920	TIROGLOBULINA	\$28.200
9	981700	EXTRACI3N SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA	\$109.600
10	982300	EXTRACI3N SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA	\$95.100
11	19995	PEPTIDO CITRULINADO (ANTI CCP)	\$39.900
12	37110	TOCODINAMOMETRÍA EXTERNA	\$25.900
13	100	SERVICIO DE AMBULANCIA URBANO PARTICULAR	\$10.000

PROCEDIMIENTOS NO DEFINIDOS EN EL DECRETO 2423 DE 1996 MANUAL TARIFARIO SOAT QUIRURGICOS			
ITEM	C3DIGO	PROCEDIMIENTOS	VALOR PROCEDIMIENTO
1	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL	7
2	862703	MATRICECTOMIA TOTAL	9

Que las tarifas del presente Acto Administrativo cuentan con el debido estudio de costos pertinentes para la creaci3n de los procedimientos.

Que en virtud de lo anterior,

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. Crear las siguientes tarifas para la E.S.E Hospital San José del Guaviare de los Exámenes de laboratorio clínicO con sus respectivos códigos y valores no definidos en el Decreto 2423 de 1993:

EXÁMENES y PROCEDIMIENTOS NO DEFINIDOS EN EL DECRETO 2423 DE 1996 MANUAL TARIFARIO SOAT; NO QUIRURGICOS			
ITEM	C3DIGO	PROCEDIMIENTOS	VALOR PROCEDIMIENTO
1	869500	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBSUTANEO	\$26.900
2	902104	DIMERO D POR EIA	\$47.300
3	902105	DIMERO D POR LÁTEX	\$47.300
4	906815	HEPATITIS B- CARGA VIRAL	\$287.100
5	906249	HIV I-II ANTICUERPOS (ELISA 4ta GENERACI3N)	\$21.700
6	906422	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IgG POR EIA	\$64.600
7	906423	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IgM POR EIA	\$64.600
8	904920	TIROGLOBULINA	\$28.200
9	981700	EXTRACI3N SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA	\$109.600
10	982300	EXTRACI3N SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA	\$95.100
11	19995	PEPTIDO CITRULINADO (ANTI CCP)	\$39.900

San José Del Guaviare. Calle 12 Carrera 20 - B. La Esperanza
TEL: (98) 5840045 - 5840168 FAX: 5840531 - 5841243

Web site: www.hospitalsanjose.org

Email: esehsjg@hotmail.com

12	37110	TOCODINAMOMETRÍA EXTERNA	\$25.900
13	100	SERVICIO DE AMBULANCIA URBANO PARTICULAR	\$10.000

PROCEDIMIENTOS NO DEFINIDOS EN EL DECRETO 2423 DE 1996 MANUAL TARIFARIO SOAT QUIRURGICOS			
ITEM	CÓDIGO	PROCEDIMIENTOS	VALOR PROCEDIMIENTO
1	862702	MATRICECTOMIA PARCIAL	7
2	862703	MATRICECTOMIA TOTAL	9

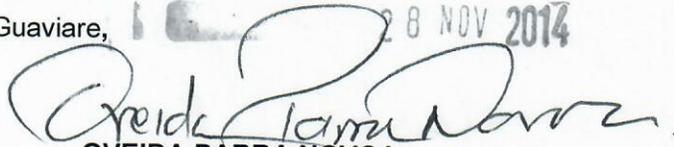
ARTÍCULO TERCERO: Las presente tarifas tendrán un incremento de acuerdo a la base de ajuste aplicada al inicio de cada vigencia al Decreto 2423 de 1996 Manual Tarifario SOAT.

ARTÍCULO CUARTO: La presente resolución rige a partir del

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en San José del Guaviare,

28 NOV 2014



OVEIDA PARRA NOVOA
GERENTE (E)

V.O.B.O: Duver Dicson Vargas / Sub Adm.
 Revisó: Miguel Ángel Cerón / Sub Ser. de Salud
 Revisó: Jefferson Castro / Jurídica
 Revisó: Yency Aurora Rico / Contabilidad
 Proyectó: Carlos Javier Arias / Costos

0804

ESE HOSPITAL SAN JOSÉ DEL GUAVIARE
 NIT: 832001966-2
 PROCEDIMIENTOS NO DEFINIDOS EN EL DECRETO 2423 MANUAL TARIFARIO SOAT

COSTEO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICO

Item	Codigo	Grupo Qx	Procedimiento	Costo Cirujano	Costo Anestesiologo	Costos Medico Ayudante	Costos Materiales	Costos Derecho de Sala	Valor Procedimiento
1	862702	7	MATRICECTOMIA PARCIAL	231.000,00	136.000,00	60.800,00	203.700,00	433.300,00	1.064.800,00
2	862703	9	MATRICECTOMIA TOTAL	327.500,00	187.400,00	89.600,00	203.700,00	541.600,00	1.349.800,00

los siguientes exámenes y procedimientos no requieren grupo quirurgico

Item	Codigo	Grupo Qx	Procedimiento	Valor Procedimiento
1	869500	N/A	CURACION DE LESION EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBSUTANEO	\$ 26.900
2	902104	N/A	DIMERO D POR EIA	\$ 47.300
3	902105	N/A	DIMERO D POR LÁTEX	\$ 47.300
4	906815	N/A	HEPATITIS B- CARGA VIRAL	\$ 287.100
5	906249	N/A	HIV I-II ANTICUERPOS (ELISA 4ta GENERACIÓN)	\$ 21.700
6	906422	N/A	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IgG POR EIA	\$ 64.600
7	906423	N/A	FOSFOLÍPIDOS, ANTICUERPOS IgM POR EIA	\$ 64.600
8	904920	N/A	TIROGLOBULINA	\$ 28.200
9	981700	N/A	EXTRACCIÓN SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO INTRALUMINAL DE LA VAGINA	\$ 109.600
10	982300	N/A	EXTRACCIÓN SIN INCISION DE CUERPO EXTRAÑO NO INTRALUMINAL EN VULVA	\$ 95.100
11	19995	N/A	PEPTIDO CITRULINADO (ANTI CCP)	\$ 39.900
12	37110	N/A	TOCODINAMOMETRIA EXTERNA	\$ 25.900
13	100	N/A	SERVICIO DE AMBULANCIA URBANO PARTICULAR	\$ 10,00

Nota: ARTÍCULO 87 Decreto 2423 : Por las circunstancias de orden tecnológico, cuando alguna Institución Prestadora de Servicios de Salud realice un procedimiento que no se encuentre definido y por lo tanto no tenga asignada tarifa, éste se reconocerá por la tarifa que tenga definida la Institución, previa la comprobación del médico tratante, de que dicho procedimiento no se encuentra relacionado en el presente Decreto ni siquiera bajo otra denominación.

28 NOV 2014

Elaboró: 
 Carlos Javier Arias
 Técnico de Costos