CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA COMO "EL INSTITUTO", LEGALMENTE REPRESENTADO POR EL ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR, EN SU CARÁCTER DE DIRECTOR; Y POR LA OTRA PARTE CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V. A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA COMO EL "EL HOSPITAL" LEGALMENTE REPRESENTADA POR EL DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA, EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLAUSULAS:

1.- Declara **"EL INSTITUTO"**, ser un Órgano Descentralizado de la Administración Pública Municipal, con domicilio ubicado en calle Rio Sena #1100, Colonia Alfredo Chávez, en esta ciudad de Chihuahua, que tiene por objeto otorgar prestaciones de seguridad social a los trabajadores al servicio del Municipio de Chihuahua, y que celebra el presente contrato de Derecho Público, en plena concordancia y total apego a lo establecido en la Ley de Adquisiciones, Arrendamiento, Contratación de Servicios y Obra Pública del Estado de Chihuahua, Ley de Presupuesto de Egresos, Contabilidad y Gasto Publico del Estado, así como la Planeación Desarrollo y el Presupuesto de Egresos Municipal respectivamente. Continua declarando **"EL INSTITUTO",** que el presente contrato es celebrado además, considerando la disponibilidad de recursos del mismo, y la necesidad de contratar el servicio objeto del presente, por lo que una vez estudiada la esencia y el costo-beneficio del mismo, se verifica y justifica la necesidad de su creación atendiendo a la existencia de antecedentes contractuales con **"EL HOSPITAL",** y se reconoce la viabilidad y legal procedencia de hacerlo mediante adjudicación directa de acuerdo a lo establecido en el artículo 102 apartado A. fracción XI de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos, Servicios y Obra Pública del Estado de Chihuahua, por lo que en este caso en particular es aplicable el caso de excepción a la licitación pública estudiada en el precepto antes aludido. Por lo anterior y una vez cerciorados que la realización del presente contrato resulta técnica y económicamente en condiciones favorables para **"EL INSTITUTO**", se formaliza el presente instrumento con fundamento en lo dispuesto por el Articulo 8, fracciones IX y XV, de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones de Chihuahua, y demás relativos y aplicables de la leyes antes referidas, encontrándose legamente facultado para su celebración a nombre y en representación del Instituto Municipal de Pensiones el ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR, en su carácter de Director.

2.- Declara "**EL HOSPITAL**", ser una Sociedad Anónima, que fue constituida de acuerdo a las Leyes Mexicanas según consta en la Escritura Pública No. 3,361 de fecha 15 de septiembre de 1955 expedida por el Lic. Guillermo Carrillo Máynez Notario Público No. 9 con ejercicio en la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua e inscrita bajo No. 70 Folio 27 del Libro No. 84 de la Sección de Comercio, Chihuahua, 16 de Noviembre de 1955, y que mediante la Escritura Pública No. 4,627 cambio su denominación a "CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V." expedida por Lic. Francisco de Asís García Ramos, Notario Público No. 9 en ejercicio para el Distrito de Morelos, Estado de Chihuahua con fecha de 14 marzo 2006 e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del Estado de Chihuahua en fecha de 27 Marzo 2006; continúa declarando "**EL HOSPITAL**", que el DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA cuenta con los poderes y facultades necesarias para celebrar este contrato en representación de "**EL HOSPITAL**", y para obligarse en los términos que en el mismo tal como obra en escritura pública, mismas que no le han sido modificadas, revocadas ni restringidas en forma alguna hasta la fecha. La principal actividad de su representada consiste en proporcionar atención médica de Urgencias, Hospitalización y Servicios Clínicos en sus instalaciones, por lo que cuenta con el personal e instalaciones adecuadas para este fin, así como las autorizaciones necesarias de las autoridades competentes. Su representada cuenta con licencia sanitaria No. 081906H0002 y cumple con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, Ley Estatal de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables a la materia.

Por lo anterior y considerando que "**EL HOSPITAL**", efectivamente cuenta con los recursos financieros y técnicos necesarios, personal técnicamente calificado, así como el equipo, material y herramienta requeridos para la prestación del servicio objeto del presente contrato, lo que le permite

garantizar a "**EL INSTITUTO**" el cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente, ambas partes se reconocen mutuamente la personalidad con la que se ostentan y convienen en la celebración del presente contrato, y en obligarse conforme al contenido y condiciones de las siguientes:

CLÁUSULAS:

PRIMERA.- OBJETO DEL CONTRATO.- **EL HOSPITAL** se obliga a proporcionar de manera no exclusiva y conforme a los lineamientos que más adelante se establecen, los servicios de atención medica de urgencias, hospitalización y en su caso los servicios clínicos externos de los cuales se hace mención en el Anexo Número Uno que firmado por ambas partes forma parte integrante del presente contrato, a todas las personas designadas para ello por **EL INSTITUTO**, mismos que de ahora en adelante se identificaran como **DERECHOHABIENTES** en los términos y condiciones de este instrumento.

SEGUNDA.- LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.- Los servicios serán prestados por **EL HOSPITAL** en sus instalaciones, ubicadas en Dr. Pedro Leal Rodríguez número 1802, Colonia Centro, C.P. 31000 Chihuahua, Chihuahua, salvo caso fortuito o de fuerza mayor. Si el caso fortuito o de fuerza mayor impidiere la prestación de los servicios de manera correcta y oportuna, las partes de común acuerdo convendrán suspender temporalmente los servicios, o prestarlos en otro domicilio de **EL HOSPITAL**.

TERCERA.- DISPOSICIONES GENERALES.- EL HOSPITAL se compromete a establecer las acciones necesarias para que las unidades médicas a su cargo, de acuerdo a su nivel de atención médica estén en posibilidades de ofrecer los servicios médicos, de diagnóstico y terapéuticos requeridos, con la seguridad, calidez, calidad y efectividad necesarias para el cumplimiento de lo contratado. Para ello, deberán contar con la infraestructura, tecnología y recursos humanos apropiados para dar la atención a los padecimientos que conforman la cartera de servicios objeto del contrato. Cualquier servicio prestado deberá ser brindado de manera segura, oportuna, profesional y eficiente; sin discriminación por motivos de edad, genero, nivel socioeconómico, derechohabiencia, afiliación o padecimiento preexistente. Para tales efectos, los contratantes se obligan a establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de los **DERECHOHABIENTES** y de los servicios brindados.

CUARTA.- PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.- Ambas partes convienen en que los **DERECHOHABIENTES**, al solicitar los servicios de **EL HOSPITAL**, deberán sujetarse a los procedimientos de admisión que se describen en el Anexo Número UNO.

Todo **DERECHOHABIENTE** que ingrese a **EL HOSPITAL** sin realizar el procedimiento descrito en el Anexo Número UNO, será considerado como paciente particular.
A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE **EL INSTITUTO** OTORGUE A **EL HOSPITAL** LA AUTORIZACIÓN ESTA SERÁ IRREVOCABLE HASTA POR EL MONTO QUE SE HAYA OTORGADO.

En caso que **EL INSTITUTO** no emita coberturas adicionales, el **DERECHOHABIENTE** será considerado como particular, y se le solicitará garantizar la cuenta de conformidad con las políticas internas de **EL HOSPITAL**.

QUINTA.- INSTRUCTIVO PARA LOS DERECHOHABIENTES.- **El INSTITUTO** se obliga a comunicar a los **DERECHOHABIENTES** los procedimientos de ingreso a **EL HOSPITAL** y en general todos los lineamientos referentes a los servicios convenidos en el presente contrato. En todo caso el instructivo que utilice **EL INSTITUTO** para informar a los beneficiarios de los servicios, deberán describir en forma clara y precisa los servicios médicos hospitalarios que puedan proporcionarse a los **DERECHOHABIENTES** indicando cuales quedan cubiertos por **EL INSTITUTO** y en qué condiciones. En todo caso **EL HOSPITAL** participará en la correcta utilización de los servicios.

SEXTA.- OBLIGACIÓN DE INFORMAR A LOS DERECHOHABIENTES.- EL INSTITUTO a través de un instructivo informará claramente a los **DERECHOHABIENTES**, que a su ingreso a **EL HOSPITAL**, además de cubrir el procedimiento de admisión respectivo, deberán identificarse con alguna credencial oficial vigente con fotografía; asimismo, deberán sujetarse a los reglamentos internos de **EL HOSPITAL**. Será condición para que **EL HOSPITAL** cumpla frente a **EL INSTITUTO** con su obligación de prestar los servicios materia del presente contrato, el que los **DERECHOHABIENTES** cuenten con el instructivo de referencia y cumplan con los requisitos antes señalados, y en su caso, los **DERECHOHABIENTES** deberán pagar directamente a **EL HOSPITAL** todos aquellos servicios o conceptos no incluidos o cubiertos por **EL INSTITUTO**.

SÉPTIMA.- ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS.- Ambas partes acuerdan que **EL INSTITUTO** designará médico supervisor, mismo que deberá ser elegido del listado incluido en el Anexo Número TRES, quien tendrá acceso a **EL HOSPITAL** para revisar el expediente clínico, historia clínica, estudios de laboratorio y gabinete y verificar indicaciones del médico tratante. **EL HOSPITAL** se obliga a entregar, cuando se le solicite, copia de los documentos descritos únicamente al **DERECHOHABIENTE** al que pertenezcan.

OCTAVA.- COMITES MEDICOS.- Las partes convienen que habrá una comunicación constante entre **EL INSTITUTO** y los comités de morbilidad, mortalidad, infecciones, mejora continua, expediente clínico y todos los requeridos para la buena gestión y atención médica a los derechohabientes. Así mismo se establecerá la Comisión de Evaluación y Seguimiento que será integrada por un representante de **EL INSTITUTO** y un representante de **EL HOSPITAL**, la cual será responsable de vigilar que la atención médica proporcionada, cumpla con los requisitos de efectividad, seguridad, calidad, calidez y eficiencia; atender las inconformidades que interpongan los derechohabientes derivadas de la atención médica recibida; desarrollar la supervisión del otorgamiento de los servicios de salud motivo del contrato, bajo los principios de respeto a las disposiciones, los criterios médicos y autonomía de cada Institución; supervisar y dar seguimiento de manera especial a los caso de complicación médica derivada de una intervención o acto médico proporcionados.

NOVENA.- PRESENTACIÓN DE FACTURAS Y RECIBOS.- Al terminar la prestación de los servicios previamente autorizados por **EL INSTITUTO**, **EL HOSPITAL** entregará a **EL INSTITUTO** las facturas y recibos de honorarios correspondientes de los gastos autorizados, los cuales deberán reunir los requisitos fiscales en vigor de acuerdo con las características establecidas en el Anexo Número Dos, que firmado por las partes forma parte integrante del presente contrato.

DÉCIMA.- PAGO DE LOS SERVICIOS.- Como contraprestación por los servicios cubiertos que se presten de acuerdo a este contrato, **EL INSTITUTO** se obliga a pagar a **EL HOSPITAL** las cantidades y en las condiciones descritas en el Anexo Dos.

DÉCIMA PRIMERA.- CUERPO MÉDICO.- Las partes aceptan que dentro de las instalaciones de **EL HOSPITAL** los **DERECHOHABIENTES** recibirán la atención de los médicos que pertenezcan a la lista detallada en el Anexo Número Tres, que firmado por las partes forma parte integrante del presente contrato, quienes son profesionistas independientes de **EL HOSPITAL** que gozan del privilegio de atender **DERECHOHABIENTES** en el mismo y que como médicos tratantes tienen plena autoridad y responsabilidad profesional en la práctica de la medicina, sujeta solamente a las políticas establecidas por **EL HOSPITAL**. En el caso de Urgencias los pacientes serán atendidos por los médicos del staff de urgencias de **EL HOSPITAL**, los cuales se apegaran al tabulador acordado por las partes, y que deberán registrarse bajo las políticas del Anexo Número Uno, siempre y cuando no se haya asignado o localizado a un médico del staff de **EL INSTITUTO**.

En consecuencia, los profesionales que presten sus servicios de urgencia deberán acreditar a **EL HOSPITAL** que cuentan con cédula profesional que acredite sus conocimientos técnicos-médicos, debiendo en el caso de que existan Consejos de Certificación de Especialidad, mantener la

certificación vigente otorgada por los mismo y preferentemente pertenecer a alguno de los colegios de profesionales.

DÉCIMA SEGUNDA.- Cuando **EL HOSPITAL** niegue el servicio a los **DERECHOHABIENTES** que se identifiquen fehacientemente, será responsable de los daños y perjuicios que por esta acción se le cause a **EL INSTITUTO** y/o a los **DERECHOHABIENTES**, por lo que se obliga a liberar a **EL INSTITUTO** de cualquier responsabilidad al respecto, excepto que se trate de motivos de coalición laboral o eventos catastróficos. En los mismo términos **EL HOSPITAL** deberá responder de cualquier reclamación realizada en contra de **EL INSTITUTO** por parte de los **DERECHOHABIENTES**, cuando deriven de situaciones inherentes al servicio objeto de este contrato, ya sea por motivo de cualquier acto, omisión o incumplimiento en los términos pactados, obligándose a sacar en paz y a salvo a **EL INSTITUTO** de cualquier responsabilidad o reclamación de terceros y a resarcirlos en su caso de los daños y perjuicios que se llegaren a causar. En caso de que **EL INSTITUTO** lo estime conveniente, **EL HOSPITAL** deberá otorgar las garantías que este le exija.

DÉCIMA TERCERA.- VIGENCIA DEL CONTRATO.- El presente contrato tendrá vigencia del 14 de octubre al 31 de diciembre de 2016. No obstante lo anterior, se establece que cualquiera de las partes podrá darlo por terminado, previo aviso por escrito notificado a la otra con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha efectiva en que se desee que surta efectos la terminación. En tanto surte sus efectos la terminación del presente contrato, **EL HOSPITAL** seguirá prestando los servicios a los **DERECHOHABIENTES** hasta que sean dados de alta y **EL INSTITUTO** continuará obligado a pagar a **EL HOSPITAL** los servicios en los términos establecidos en este instrumento, aun cuando los mismos terminen y se facturen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato.

DÉCIMA CUARTA.- EJERCICIO DE DERECHOS.- La omisión por cualesquiera de las partes contratantes de ejercitar cualquier derecho o de dar por terminado este contrato por las causas señaladas en el mismo, no deberá ser considerado como una renuncia voluntaria al derecho de hacerlo, mas por el contrario, todas las sanciones y reparaciones establecidas en el presente contrato se consideraran acumulativas.

DÉCIMA QUINTA.- MODIFICACIONES.- Ambas partes convienen en que cualquier adición o modificación a lo dispuesto en el presente contrato se hará por escrito firmado por sus representantes con facultades y se agregará como anexo para formar parte integrante del mismo.

DÉCIMA SEXTA.- RESCISIÓN.- Ambas partes están de acuerdo en que el incumplimiento total o parcial de cualesquiera de sus obligaciones contenidas en el presente contrato será causa de la rescisión del mismo, de pleno derecho y sin más formalidad que notificarlo a la parte que haya incumplido con por lo menos 15 días naturales de anticipación; independientemente de la acción de daños y perjuicios que en su caso corresponda a la parte afectada. Si antes de que surta efecto la rescisión del presente contrato, la parte infractora subsanare, a entera satisfacción de la otra parte, el incumplimiento origen del aviso de rescisión, dicha rescisión no surtirá efectos legales y el contrato continuará vigente en sus términos.

DÉCIMA SEPTIMA.- RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL.- Ambas partes convienen expresamente que a la firma del presente contrato queda sin efecto legal alguno cualquier negociación, convenio o contrato que con anterioridad hubieren celebrado respecto al mismo objeto. Así mismo cada una de las partes será directamente responsable por la prestación de sus servicios, frente al asegurado y paciente que correspondan.

DÉCIMA OCTAVA.- CESIÓN DE CONTRATO.- Ambas partes se obligan a no ceder, traspasar o enajenar por cualquier título los derechos y/u obligaciones que derivan del presente contrato, sin previo autorización por escrito de la otra parte.

DÉCIMA NOVENA.- CONFIDENCIALIDAD.- La información y actividades que se presenten, obtengan y produzcan en virtud del cumplimiento del contrato, serán clasificadas atendiendo a los

principios de confidencialidad y reserva establecidos en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chihuahua, por lo que las partes se obligan a guardar estricta confidencialidad respecto de la información y resultados que se produzcan en virtud del cumplimiento del presente instrumento. En particular, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orienten la práctica médica y solamente podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente. **EL HOSPITAL** reconoce y acepta que toda la información y documentación puesta bajo su responsabilidad o a la que llegara a tener acceso con motivo de la prestación de los servicios contratados, incluyendo, los sistemas, técnicas, métodos y en general cualquier mecanismo relacionado con la tecnología e información de la que pudiera tener conocimiento en el desempeño de los servicios contratados es propiedad de **EL INSTITUTO**. Por consiguiente, **EL HOSPITAL** se obliga expresamente a guardar absoluto secreto, confidencialidad y reserva sobre la información y documentación puesta bajo su responsabilidad o a la que llegara a tener acceso con motivo de la prestación de los servicios contratados, incluyendo, los sistemas, técnicas, métodos y en general cualquier mecanismo relacionado con la tecnología e información de la que pudiera tener conocimiento en el desempeño de los servicios contratados. Así mismo se obliga a tomar las medidas que sean necesarias para que el personal a su cargo cumpla y observe lo estipulado en esta cláusula, debiendo abstenerse de divulgar o reproducir parcial o totalmente la información de la que pudiera llegar a tener conocimiento, dejando a salvo el derecho de **EL INSTITUTO** para ejercitar las acciones legales que pudieran resultarle con motivo del incumplimiento de lo aquí pactado.

Así mismo, **EL HOSPITAL** se obliga a no registrar ningún derecho de autor, marca, patente o cualquier derecho de propiedad industrial o intelectual en relación con la información confidencial proporcionada a que se refiere el presente contrato, ya que la información será propiedad exclusiva de **EL INSTITUTO** y en consecuencia, será exclusivamente este último quien podrá registrar los derechos de autor o industriales correspondiente.

VIGÉSIMA.- **VERIFICACIÓN DE SERVICIOS**.- **EL INSTITUTO** tendrá la facultad de comprobar e investigar en cualquier momento que así lo considere, que **EL HOSPITAL** cuente con todos los elementos necesarios para poder prestar el servicio contratado y dar cumplimiento total y oportuno de las obligaciones asumidas por éste en el presente contrato, pudiendo implementar para ello los mecanismos o controles que para tal fin determine, estando de acuerdo éste último, en permitir y proporcionar los accesos necesarios y las facilidades y medios que se les soliciten para ello.

VIGÉSIMA PRIMERA.- PLANES DE CONTINGENCIA.- **EL HOSPITAL** se obliga a cumplir íntegramente las obligaciones que contrae. En caso de presentarse problemas eventuales en el desarrollo de los servicios objeto del presente contrato, **EL HOSPITAL** se compromete a implementar los planes de contingencia que estime convenientes, los cuales deberán ser previamente autorizados por escrito por **EL INSTITUTO**.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- Por su parte **EL HOSPITAL** se obliga a utilizar, en la realización de los servicios descritos en este contrato exclusivamente a personal capacitado. De igual forma, **EL INSTITUTO** no tiene ni adquirirá ninguna responsabilidad derivada de la relación de trabajo de los funcionarios y empleados de **EL HOSPITAL**, que laboran bajo la inmediata dirección, dependencia y subordinación de este.
En virtud de lo anterior, **EL HOSPITAL** y **EL INSTITUTO**, serán responsables cada uno con sus respectivos empleados, trabajadores o funcionarios de las obligaciones que de conformidad con la Ley Federal del Trabajo, Ley del Seguro Social, leyes fiscales, obligaciones para con el Instituto Nacional del Fondo para la Vivienda de los Trabajadores y/o las que en el futuro llegaren a resultar por disposiciones de ley, decreto o contrato.
Por lo tanto **EL HOSPITAL** como **EL INSTITUTO** se obligan a sacar en paz y a salvo a su contraparte, de cualquier reclamación, procedimiento, juicio o demanda que se interponga en su contra, ya sea de tipo laboral, en materia de trabajo, seguridad social, fiscal o de cualquier otra índole, directa o indirecta, que por razones de la ejecución de este contrato las partes pudieran ser objeto, obligándose la parte cuya responsabilidad ocasionase la molestia a su contraparte al pago de daños y perjuicios que se ocasionase por esta causa.

VIGÉSIMA TERCERA.- **EL HOSPITAL** será responsable hacia **EL INSTITUTO** y los **DERECHOHABIENTES** por negligencia, impericia, dolo o mala fe en que incurra el personal designado para la realización del objeto de este instrumento con el que tenga una relación laboral vigente.

VIGESIMA CUARTA.- Las partes convienen en intentar resolver de mutuo acuerdo las situaciones no previstas en el presente contrato, en el entendido de que las decisiones adoptadas sobre el particular, deben constar por escrito y ser firmadas por las mismas. Todas las notificaciones y comunicaciones que se dirijan las partes como consecuencia del presente contrato, incluyendo el cambio de domicilio, deberán constar por escrito y ser entregadas en los domicilios ya mencionados en el capítulo de "Declaraciones" del presente contrato.

VIGESIMA QUINTA.- **EL HOSPITAL** acepta hacer extensivo el presente clausulado así como sus anexos a los trabajadores eventuales, extraordinarios o interinos, a los cuales se les presta el servicio médico a través de Oficialía Mayor de la Presidencia Municipal, por medio de los formatos de autorización expedidos y autorizados por la misma, lo anterior de conformidad con el artículo 34 de la Ley del Instituto Municipal de Pensiones, párrafo segundo.

VIGÉSIMA SEXTA.- JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.- Las partes manifiestan que en este contrato no existe ningún vicio del consentimiento que pudiera invalidarlo y atendiendo a la naturaleza del presente instrumento legal, las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales judiciales con competencia en la ciudad de Chihuahua, estado de Chihuahua, renunciando por lo tanto al fuero que pudiere corresponderles en razón de su domicilio presente o futuro, o por cualquier otra causa.

VIGÉSIMA SÉPTIMA.- Las declaraciones otorgadas por las partes y/o los anexos que se citan en el cuerpo del presente, se tienen por incorporadas en las cláusulas, por ser objeto de cumplimiento del mismo.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE POR LAS PARTES QUE EN ÉL INTERVINIERON Y ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y FUERZA LEGAL, LO RATIFICAN Y FIRMAN EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIH., 14 DE OCTUBRE DE 2016.

"EL INSTITUTO"

ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR
DIRECTOR DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

"EL PROVEEDOR"

DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA
REPRESENTANTE LEGAL DE CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V.

"TESTIGOS"

DR. ALFONSO ESCAREÑO CONTRERAS
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

C.P. SILVIA GUADALUPE VALDEZ GÓMEZ
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

ANEXO NUMERO UNO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES QUE CELEBRAN POR UNA PARTE **EL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES** REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR** A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **"EL INSTITUTO",** Y POR OTRA PARTE **CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V.** REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL **DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA** QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **"EL HOSPITAL".**

SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS: Los servicios médicos proporcionados por **EL HOSPITAL** deberán prestarse y divulgarse al derechohabiente en el momento del ingreso observando los términos siguientes:

a) Acceso: los derechohabientes tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.

b) Respeto y dignidad: el trato al derechohabiente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.

c) Privacidad y confidencialidad: los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Así mismo, la información relativa deberá preservar la confidencialidad.

d) Seguridad personal: el derechohabiente tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad.

e) Identidad: el derechohabiente tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.

f) Información: el derechohabiente tendrá derecho a ser informado durante su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que las medidas terapéuticas y el pronóstico de su padecimiento.

g) Comunicación: el derechohabiente tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

h) Consentimiento: el derechohabiente no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

i) Consultas: el médico supervisor podrá solicitar otras opiniones sobre el padecimiento del derechohabiente.

j) Negativa al tratamiento: el derechohabiente tendrá derecho a notificar al médico supervisor si no está de acuerdo a las propuestas terapéuticas.

k) Cumplimiento legal: EL HOSPITAL se compromete en todo tiempo a cumplir con los ordenamientos legales y administrativos aplicables a la prestación de sus servicios.

ANEXO NUMERO UNO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES QUE CELEBRAN POR UNA PARTE **EL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES** REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR** A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **"EL INSTITUTO"**, Y POR OTRA PARTE **CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V.** REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL **DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA** QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **"EL HOSPITAL"**.

SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS: Los servicios médicos proporcionados por **EL HOSPITAL** deberán prestarse y divulgarse al derechohabiente en el momento del ingreso observando los términos siguientes:

a) Acceso: los derechohabientes tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.

b) Respeto y dignidad: el trato al derechohabiente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.

c) Privacidad y confidencialidad: los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Así mismo, la información relativa deberá preservar la confidencialidad.

d) Seguridad personal: el derechohabiente tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad.

e) Identidad: el derechohabiente tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.

f) Información: el derechohabiente tendrá derecho a ser informado durante su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que las medidas terapéuticas y el pronóstico de su padecimiento.

g) Comunicación: el derechohabiente tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

h) Consentimiento: el derechohabiente no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

i) Consultas: el médico supervisor podrá solicitar otras opiniones sobre el padecimiento del derechohabiente.

j) Negativa al tratamiento: el derechohabiente tendrá derecho a notificar al médico supervisor si no está de acuerdo a las propuestas terapéuticas.

k) Cumplimiento legal: EL HOSPITAL se compromete en todo tiempo a cumplir con los ordenamientos legales y administrativos aplicables a la prestación de sus servicios.

POLÍTICAS GENERALES:

En los casos de Urgencia **EL HOSPITAL** deberá solicitar autorización a **EL INSTITUTO**.

En caso de que el derechohabiente no cuente con la solicitud de internamiento y/o no se identifique con una identificación oficial, **EL HOSPITAL** no deberá aceptar el ingreso. TODAS LAS SOLICITUDES DE INTERNAMIENTO DEBERAN CONTAR CON FECHA DE VIGENCIA DE 3 DIAS NATURALES A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN.

Si el derechohabiente por decisión propia y previa autorización por **EL INSTITUTO** no se atiende con un médico bajo convenio, el derechohabiente tendrá que efectuar el pago por concepto de honorarios.

EL HOSPITAL permitirá el acceso al expediente clínico y entregará a **EL INSTITUTO** resumen de la historia clínica, notas e indicaciones médicas y la carta de autorización debidamente requisitada, y en su caso, copia del expediente clínico íntegro.

La nota post quirúrgica deberá estar cerrada y firmada por el médico tratante, la cual **EL HOSPITAL** pondrá a disposición de **EL INSTITUTO.**

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA:

AL LLEGAR AL AREA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL:

1. El derechohabiente en forma directa o por conducto de un familiar deberá presentar la orden o solicitud de internamiento expedida por **EL INSTITUTO**, acompañada, en su caso, de los estudios de laboratorio preoperatorios, valoración cardiopulmonar preoperatoria en mayores de cuarenta años y una identificación oficial con fotografía.

2. El derechohabiente o un familiar deberá proporcionar los datos que le sean requeridos por **EL HOSPITAL y EL INSTITUTO.**

EL HOSPITAL deberá comunicarse con **EL INSTITUTO** para informarle que el derechohabiente ha ingresado a **EL HOSPITAL**. Por su parte, **EL INSTITUTO** luego de verificar si se encuentra vigente como derechohabiente, podrá enviar a un médico supervisor a **EL HOSPITAL** para revisar la documentación (historia clínica, informe del médico, estudios de laboratorio, radiografías, etc.). Exclusivamente la Subdirección Médica y la Coordinación de Servicios Subrogados de **EL INSTITUTO**, serán las únicas facultadas para autorizar el ingreso y la atención médica en **EL HOSPITAL.**

Cuando el médico supervisor de **EL INSTITUTO** visite al paciente, deberá confirmar por escrito la aceptación total o parcial de lo reclamado al hospital, o en su defecto, el rechazo de la reclamación.

Cuando el médico tratante indique la fecha probable de alta, el derechohabiente o un familiar avisarán a la caja de **EL HOSPITAL**, con el fin de que se prepare el estado de cuenta, para conocimiento y firma del derechohabiente, y así se agilice la salida de EL **HOSPITAL.**

EL HOSPITAL deberá informar al médico tratante la hora límite de salida de EL **HOSPITAL** para que éste dé las instrucciones de alta para que el derechohabiente abandone el cuarto antes de la hora límite de salida de **EL HOSPITAL**, dado que de otra forma **EL INSTITUTO** no cubrirá el gasto de otro día de hospitalización por retraso de salida del paciente.

Es importante señalar los gastos que no serán cubiertos por **EL INSTITUTO** y que en su momento serán a cargo del derechohabiente: excedente de habitación semiprivada, utensilios de uso personal (pañuelos desechables, ropa, maquillaje, zapatos, shampoo, juguetes, flores, dulces, etc.) películas, pañales, comida para los acompañantes, llamadas de larga distancia, caja fuerte, etc.

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN PARA CORTA ESTANCIA:

AL LLEGAR AL AREA DE ADMISION DEL HOSPITAL:

1.- El derechohabiente en forma directa o por conducto de un familiar deberá presentar la orden o solicitud de internamiento expedida por **EL INSTITUTO**, acompañada, en su caso, de los estudios de laboratorio preoperatorios, valoración cardiopulmonar preoperatoria en mayores de cuarenta años y una identificación oficial con fotografía.

2.- El derechohabiente o un familiar deberá proporcionar los datos que le sean requeridos por **EL HOSPITAL y EL INSTITUTO.**

EL HOSPITAL deberá comunicarse a **EL INSTITUTO** para informarle que el derechohabiente ha ingresado a **EL HOSPITAL.** Por su parte **EL INSTITUTO** luego de verificar si se encuentra vigente el derechohabiente, podrá enviar a un médico supervisor a **EL HOSPITAL** para revisar la documentación (historia clínica, informe del médico, estudios de laboratorio, radiografías, etc.). Exclusivamente la Subdirección Médica y la Coordinación de Servicios Subrogados de **EL INSTITUTO**, serán las únicas facultadas para autorizar el ingreso y la atención médica en **EL HOSPITAL.**

Cuando el médico tratante indique que se ha terminado la atención de corta estancia, el derechohabiente o un familiar avisarán a la caja de **EL HOSPITAL**, con el fin de que se agilice la salida del servicio de corta estancia en **EL HOSPITAL.**

EL HOSPITAL deberá informar al médico tratante la hora límite de salida para tratamientos de corta estancia en **EL HOSPITAL** para que éste dé las instrucciones de alta para que el derechohabiente abandone el cuarto o las instalaciones antes de la hora límite de salida, dado que de otra forma **EL INSTITUTO** no cubrirá el gasto de otro día de hospitalización por retraso de salida del paciente.

Si el paciente permanece más del tiempo promedio de procedimiento, **EL HOSPITAL** deberá avisar a **EL INSTITUTO** para su autorización.

PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN POR URGENCIA:

AL LLEGAR AL AREA DE ADMISION DEL HOSPITAL:

EL HOSPITAL deberá iniciar valoración y atención médica de urgencias por su personal, dependiendo de la gravedad del paciente a la par de los trámites administrativos, que a continuación se detallan.

1.- El derechohabiente o un familiar deberá presentar una orden o solicitud de servicio expedida por **EL INSTITUTO**, o en su defecto un comprobante reciente que lo acredite como derechohabiente e identificación oficial con fotografía.

2.- El derechohabiente o una familiar deberá proporcionar los datos que le sean requeridos por **EL HOSPITAL y EL INSTITUTO.**

3.- **EL HOSPITAL** deberá comunicarse a **EL INSTITUTO** para informarle que el derechohabiente ha ingresado a **EL HOSPITAL** y en su caso obtener la autorización correspondiente, así como la asignación de un médico en convenio con **EL INSTITUTO.** Exclusivamente la Subdirección Médica y la Coordinación de Servicios Subrogados de **EL INSTITUTO**, serán las únicas facultadas para autorizar el ingreso y la atención médica en **EL HOSPITAL.**

4.- Si el derechohabiente va a requerir un tratamiento médico quirúrgico, **EL HOSPITAL** deberá llamar al médico previamente acordado y con base a los paquetes establecidos por **EL HOSPITAL** y por **EL INSTITUTO.**

5.- Cuando el médico tratante indique que se ha terminado la atención de urgencia, el derechohabiente o un familiar avisará a la caja de **EL HOSPITAL**, con el fin de que se prepare el estado de cuenta, para conocimiento y firma del derechohabiente, y así se agilice la salida y el término del servicio de urgencia en **EL HOSPITAL.**

6.- Si la urgencia deriva en una hospitalización, **EL HOSPITAL** deberá avisar a **EL INSTITUTO** para su autorización. Exclusivamente la Subdirección Médica y la Coordinación de Servicios Subrogados de **EL INSTITUTO**, serán las únicas facultadas para autorizar el ingreso y la atención médica en **EL HOSPITAL.**

PROCEDIMIENTOS DE ALTAS HOSPITALARIAS:

1.- Antes del alta, **EL HOSPITAL** y **EL INSTITUTO** deberán de informar al derechohabiente en su caso, los gastos no cubiertos.

2.- Cuando el médico tratante indique que se ha terminado la atención, el derechohabiente o un familiar avisará a la caja de **EL HOSPITAL** con el fin de que se realice el cierre de la cuenta, para conocimiento y firma del derechohabiente, y así se agilice la salida y el término del servicio en **EL HOSPITAL.**

3.- Una vez que el médico tratante avise a **EL HOSPITAL** del alta del paciente, **EL HOSPITAL** presentará antes de la hora límite de salida el estado cuenta al derechohabiente para que éste abandone el cuarto o las instalaciones antes de la hora límite de salida, dado que de otra forma **EL INSTITUTO** no cubrirá el gasto de un día de hospitalización por retraso de salida del paciente.

4.- **EL HOSPITAL** no deberá entregar medicamento de salida, sólo deberá entregar la receta para ser surtida en la farmacia proveedora de **EL INSTITUTO**, en la cual solo podrá prescribir medicamento que se encuentre en el Cuadro Básico IMPE, el cual se adjunta como Anexo Cuatro, que firmado por las partes forma parte integrante del presente contrato. Tratándose de sábados, domingos y días festivos o inhábiles, **EL HOSPITAL** deberá surtir el medicamento al paciente, y a partir del siguiente día hábil, el podrá surtirlo en la farmacia de **EL INSTITUTO** con su respectiva receta.

5.- **EL HOSPITAL** facturará con todos los requisitos fiscales a **EL INSTITUTO** de acuerdo a lo estipulado en el Anexo Dos.

6.- **EL HOSPITAL** será responsable de cualquier situación que se derive del mal manejo de la papelería, formatos y sello.

7.- **EL HOSPITAL** deberá enviar a **EL INSTITUTO** la factura, el estado de cuenta firmado por el Derechohabiente y médico supervisor, formato de aviso de alta junto con una copia de la hoja de egreso y pondrá a disposición de **EL INSTITUTO** la hoja post quirúrgica firmada por el médico tratante y cerrada de acuerdo a las políticas generales, mismos que son indispensables para el cobro de la factura.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE POR LAS PARTES QUE EN EL INTERVINIERON Y ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y FUERZA LEGAL, LO RATIFICAN Y FIRMAN EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIH., 14 DE OCTUBRE DE 2016.

"EL INSTITUTO"

ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR
DIRECTOR DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

"EL PROVEEDOR"

DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA
REPRESENTANTE LEGAL DE
CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V.

"TESTIGOS"

DR. ALFONSO ESCAREÑO CONTRERAS
SUBDIRECTOR MEDICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

C.P. SILVIA GUADALUPE VALDEZ GÓMEZ
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

ANEXO NUMERO DOS, DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES QUE CELEBRAN POR UNA PARTE **EL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES** REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR** A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **EL INSTITUTO**, Y POR OTRA PARTE **CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V.** REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL **DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA** A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **EL HOSPITAL**.

PAGO DE LOS SERVICIOS

1.- Para el presente contrato podrá ejercerse un presupuesto mínimo de $500,000.00 (Quinientos mil pesos 00/100 m.n.) y un máximo de $4, 000,000.00 (Cuatro millones de pesos 00/100 m.n.).

2.- El importe de las facturas y/o recibos de honorarios previamente autorizados, se liquidará en un plazo máximo de 60 días naturales contados a partir de la fecha de los mismos.

3.- **EL INSTITUTO** tendrá derecho a requerir de **EL HOSPITAL** todo tipo de aclaraciones e inclusive rechazar aquellos recibos y/o facturas que presenten anomalías y omisiones. En el caso de que existiera alguna aclaración o corrección a favor de **EL HOSPITAL** o de **EL INSTITUTO**, ambos se comprometen a bonificar la cantidad que corresponda de forma inmediata dentro del plazo acordado por ambas partes en el punto anterior.

4.- La factura, además de los requisitos fiscales, deberá incluir los siguientes datos:

- Nombre y número del derechohabiente.
- Número de orden o solicitud de internamiento, o de servicio.
- Resumen de servicio otorgado.
- Desglose, cuando procedan, en:
  -Gastos de hospitalización
  -Estudios de laboratorio y gabinete
  -Honorarios médicos
  -Medicamentos
  -Material de curación

5.- **EL HOSPITAL** deberá enviar a **EL INSTITUTO** la factura acompañada de:

- Copia de orden o solicitud de internamiento o de servicio.
- Copia de identificación presentada por el derechohabiente.
- Estado de cuenta firmado por el derechohabiente y el médico supervisor.
- Formato de Aviso de Alta junto con una copia de la Hoja de Egreso.

6.- **EL INSTITUTO** se obliga a pagar a **EL HOSPITAL** conforme a lista de precios y Tarifa de Servicios anexos, que no incluyen el IVA.
En caso de urgencias y servicios extraordinarios que contemplan conceptos adicionales a los establecidos en el tabulador, deberán ser autorizados por la Coordinación de Servicios Subrogados y la Subdirección Médica de **EL INSTITUTO** mediante orden de servicio firmada por los titulares de ambas unidades orgánicas.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE POR LAS PARTES QUE EN EL INTERVINIERON Y ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y FUERZA LEGAL, LO RATIFICAN Y FIRMAN EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIH., 14 DE OCTUBRE DEL 2016.

ANEXO NUMERO DOS, DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES QUE CELEBRAN POR UNA PARTE **EL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES** REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL **ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR** A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **EL INSTITUTO**, Y POR OTRA PARTE **CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V.** REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR EL **DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA** A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ COMO **EL HOSPITAL**.

PAGO DE LOS SERVICIOS

1.- Para el presente contrato podrá ejercerse un presupuesto mínimo de $500,000.00 (Quinientos mil pesos 00/100 m.n.) y un máximo de $4, 000,000.00 (Cuatro millones de pesos 00/100 m.n.).

2.- El importe de las facturas y/o recibos de honorarios previamente autorizados, se liquidará en un plazo máximo de 60 días naturales contados a partir de la fecha de los mismos.

3.- **EL INSTITUTO** tendrá derecho a requerir de **EL HOSPITAL** todo tipo de aclaraciones e inclusive rechazar aquellos recibos y/o facturas que presenten anomalías y omisiones. En el caso de que existiera alguna aclaración o corrección a favor de **EL HOSPITAL** o de **EL INSTITUTO**, ambos se comprometen a bonificar la cantidad que corresponda de forma inmediata dentro del plazo acordado por ambas partes en el punto anterior.

4.- La factura, además de los requisitos fiscales, deberá incluir los siguientes datos:

- Nombre y número del derechohabiente.
- Número de orden o solicitud de internamiento, o de servicio.
- Resumen de servicio otorgado.
- Desglose, cuando procedan, en:
  -Gastos de hospitalización
  -Estudios de laboratorio y gabinete
  -Honorarios médicos
  -Medicamentos
  -Material de curación

5.- **EL HOSPITAL** deberá enviar a **EL INSTITUTO** la factura acompañada de:

- Copia de orden o solicitud de internamiento o de servicio.
- Copia de identificación presentada por el derechohabiente.
- Estado de cuenta firmado por el derechohabiente y el médico supervisor.
- Formato de Aviso de Alta junto con una copia de la Hoja de Egreso.

6.- **EL INSTITUTO** se obliga a pagar a **EL HOSPITAL** conforme a lista de precios y Tarifa de Servicios anexos, que no incluyen el IVA.
En caso de urgencias y servicios extraordinarios que contemplan conceptos adicionales a los establecidos en el tabulador, deberán ser autorizados por la Coordinación de Servicios Subrogados y la Subdirección Médica de **EL INSTITUTO** mediante orden de servicio firmada por los titulares de ambas unidades orgánicas.

LEÍDO QUE FUE EL PRESENTE POR LAS PARTES QUE EN EL INTERVINIERON Y ENTERADAS DE SU CONTENIDO Y FUERZA LEGAL, LO RATIFICAN Y FIRMAN EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA, CHIH., 14 DE OCTUBRE DEL 2016.

"EL INSTITUTO"

ING. JUAN ANTONIO GONZÁLEZ VILLASEÑOR
DIRECTOR DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

"EL PROVEEDOR"

DR. PATRICIO GONZÁLEZ ABARCA
REPRESENTANTE LEGAL DE
CHRISTUS MUGUERZA DEL PARQUE S.A. DE C.V.

"TESTIGOS"

DR. ALFONSO ESCAREÑO CONTRERAS
SUBDIRECTOR MEDICO DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

C.P. SILVIA GUADALUPE VALDEZ GÓMEZ
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PENSIONES

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

DESCRIPCION	PRECIO SIN IVA
AFERESIS	$9,425.46
PLASMA AFERESIS	$9,802.45
AMB. MAQUINA DE ANESTESIA	$259.88
CAPNOMETRO NORMACAP (USO)	$556.71
FIBROSCOPIO PARA INTUBACION (USO)	$1,613.33
MAQ. ANESTESIA (CIRUGIA PEQUEÑA) 1/2 HORA	$350.39
MASCARILLA LARINGEA CLASICA (USO)	$1,395.80
MASCARILLA LARINGEA FASTRACH USO	$6,058.05
MASCARILLA LARINGEA PROSEAL USO	$1,272.26
MASCARILLA LARINGEA REFORZADA FLEXIBLE USO	$2,344.90
OXIGENO VIA M.A. CADA 1/2 HR	$166.74
AIR-ROTOR	$331.63
AMB. ELECTROCOAGULADOR (BOBY)X OPERACION	$394.77
AMB. INSTRUMENTAL P/CIRUGIA MEDIANA	$576.05
AMB. INSTRUMENTAL P/CIRUGIA MENOR	$473.27
AUTOTRANSFUSION	$12,263.39
AUTOTRANSFUSION Y AFERESIS	$24,519.71
BASCULA ELECTRONICA SARTORIUS USO	$147.53
BIOPOLAR MALLIS USO	$335.17
BISTURI ARMONICO ULTRACISION	$1,339.88
BOMBA AMBULATORIA POST-OPERACIÓN (1ER DIA)	$1,254.19
BOMBA AMBULATORIA POST-OPERACIÓN (DIA SUBSECUENTE)	$627.16
BOMBA DE CIRCULACION USO	$3,376.30
BOMBA DE CONTRAPULSACION X OPERACION	$3,484.76
BOMBA DE INFUSION USO (CIR)	$193.32
BOMBA IRRIGACION CABOT USO	$384.75
BROCA PERFORADOR CRANEAL USO	$8,528.07
BRONCOSCOPIO X OPERACION	$1,960.00
CABEZAL DE MAYFIELD USO	$2,987.08
CABEZAL DORO PARA NEUROCIRUGÍA USO	$2,987.08
CALENTADOR DE SANGRE BAXTER USO	$223.06
CISTOSCOPIO ADULTO	$689.94
COLCHON BLANKETROLL USO	$1,373.74
COLEDOCOSCOPIO STORZ USO	$2,948.72

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

COMPAS CRANEAL DE CRUSHFIELD VENTA	$17,216.67
COMPAS CRUSHFIELD POR 24 HS. USO	$1,869.42
COMPUTADORA GASTO-CARDIACO XDIA	$1,029.01
CRANEOTOMO 3M USO	$583.02
CUCHILLAS PARA URETROTOMO	$494.50
DESFIBRILADOR USO	$811.98
DOPPLER PRECORDIAL	$520.46
ELECTROCAUTERIO USO	$537.46
EQ./P.REIMPLANTES Y MICRO.D PEQ.VASOS Y NER.M USO	$2,091.30
EQ.P/CIR.TEJIDO OSEO Y TEJIDO BLANDO DE MANO USO	$2,091.30
EQUIPO DE BLOQUEO	$325.86
EQUIPO DE NITROGENO	$236.16
EQUIPO DE SONDEO	$188.96
EQUIPO DE SUTURA CHICO	$337.90
EQUIPO ENDO-URO ACMI CON CITOSCOPIO USO	$2,937.51
EQUIPO ENDUROLOGICO RENAL USO	$3,354.12
EQUIPO ENDUROLOGICO URETERAL USO	$2,240.01
EQUIPO HUMMER 2 USO	$3,776.62
EQUIPO LIGASURE	$1,617.93
EQUIPO NORM-O-TEMP O A.V. MUELLER USO	$467.35
EQUIPO PARA CIRUGIA MAXILO-FACIAL	$1,043.41
EQUIPO PARA MEDULA OSEA	$341.08
EQUIPO SELLO DE AGUA	$339.42
EQUIPO SUBCLAVIA	$352.99
EQUIPO SUSPENSION DE HOMBRO	$711.66
EQUIPO SWAN GANZ	$352.99
EQUIPO WARM TOUCH	$240.28
ESPIROMETRO OHMEDA USO	$444.15
ESTERILIZACION EQ.ESP. 25% POR CARGA	$329.28
ESTERILIZACION EQ.ESP. 50% POR CARGA	$655.02
ESTERILIZACION EQ.ESPECIAL CARGA TOTAL	$1,310.01
ESTERNOTOMO USO	$648.05
ESTIMULADOR DE APNEAS	$400.57
ESTIMULADOR FACIAL A.V. MULLER USO	$296.24
FLUROSCOPIA (LITOTRIPTOR) USO	$3,066.61
FUENTE DE LUZ USO	$168.06
FUENTE DE PODER MARCAPASO SECUENCIAL	$1,755.07

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

FUENTE DE PODER P/MARCAPASO MEDTRONIC USO	$193.55
GASTROSCOPIO X USO	$407.28
GLUCOSA CAPILAR	$23.71
HEMOCHRON USO	$3,472.01
HISTEROSCOPIO (USO)	$2,143.75
HOT LINE USO	$223.06
INCINERACION (UNA PIEZA)	$2,870.71
INSTRUMENTAL P/CIRUGIA MAYOR 1	$1,044.71
INSTRUMENTAL P/CIRUGIA MAYOR 11	$1,306.36
INSTRUMENTAL P/CIRUGIA MEDIANA	$784.24
INSTRUMENTAL P/CIRUGIA MENOR	$638.25
INSTRUMENTAL P/CIRUGIA PEQUEÑA	$510.55
INTERCAMBIADOR DE CALOR	$1,373.74
KIT CUSA EXCEL NO. 23 KHZ. (EQ.REUSABLE) USO	$13,281.91
KIT CUSA EXCEL No. 36 KHZ. (EQ. REUSABLE) USO	$13,281.91
KIT DE SUSPENSION USO	$99.73
LAMPARA FRONTAL WELCH-ALLYN USO	$187.64
LAMPARA VISILUX	$389.46
LAPAROSCOPIO X OPERACION	$3,675.00
LITHOTRIPTOR ELECTROHYDRAULICO (ULTRASONIDO)	$2,931.14
LUPAS QUIRURGICAS USO	$224.25
MANEJO BOMBA DE CIRCULACION EXTRACORPOREA	$1,635.74
MAQ. ANESTESIA CIRUGIA MAYOR I (3 HRS)	$1,055.68
MAQ. ANESTESIA CIRUGIA MAYOR II (4 HRS)	$1,740.91
MAQ. ANESTESIA CIRUGIA MEDIANA (2 HRS)	$695.37
MAQ. ANESTESIA CIRUGIA MENOR (1 HR)	$521.40
MAQUINA DE LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA USO	$19,034.40
MAQUINA DE MOVIMIENTOS PASIVOS	$679.08
MEDIASTINOSCOPIO STORZ USO	$2,163.30
MESA DE OPERACIONES NEURO USO	$335.17
MESA PARA MARCAPASO USO	$335.17
MESA PARA TRAUMA MED-MARK USO	$477.98
MICRO FRESADORA ELECTRICA BIEN AIR USO	$2,578.71
MICRO MANIPULADOR MM4 STORZ PARA LASER USO	$919.37
MICROFRESADORA ELECTRICA STRAYKER USO	$2,578.71
MICROSCOPIO ELECTRONICO X OPERACION	$1,412.34

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

MICROSCOPIO OMPI NEURO NC-4 USO	$3,132.21
MICROSCOPIO OPMI PRO MAGIS (P) USO	$847.01
MICROSCOPIO S/CARA A CARA (P) USO	$847.01
MODULO DE ELECTROENCEFALOGRAMA USO	$739.38
MODULO DE SATURACION VENOSA DE OXIGENO USO	$905.20
MODULO DE TERMODILUCION USO	$1,128.26
MONITOR DATASCOPE	$907.22
MONITOR ESTIMULADOR SILVERSTEIN (USO)	$1,363.12
MONITOR INVASIVO DE TERAPIA INTENSIVA	$2,714.44
MONITOR PARA PRESION INVASIVAS Y NO INVASIVAS (TRASLADO)	$568.86
MONITOR PARA SATURACION DE OXIGENO	$631.48
MONITOREO CIRUGIA PEQUEÑA	$350.39
MONITOREO CIRUGIA MAYOR I	$1,055.68
MONITOREO CIRUGIA MAYOR II	$1,740.91
MONITOREO CIRUGIA MEDIANA	$701.97
MONITOREO CIRUGIA MENOR	$526.37
MUÑECOS GEL USO	$846.20
MUÑECOS WILSON USO	$983.09
NAVEGADOR MEDTRONIC USO	$12,558.44
NEFROSCOPIO USO	$2,031.76
PERFORADOR CRANEAL 3M USO	$355.25
PERFORADOR NEUMATICO POR USO	$407.28
PIERNERAS USO	$386.86
PROCESADOR INJERTOS ZIMMER MECH-GRAFT USO	$583.02
PRUEBA DE LASER SHARPLAN Y CO2 USO	$1,601.53
RECTOSIGMOIDOSCOPIO WLCH-ALLYN USO	$335.17
RECUPERADOR SANGUINEO USO	$2,871.41
RESECTOSCOPIO USO	$641.08
RESPIRADOR DE VOLUMEN	$1,469.34
SEPARADOR CTS ULTIMA OPCAB SYSTEM	$6,836.03
SEPARADOR CTS VORTEX C/SIST SUCCION	$10,909.82
SEPARADOR GUIDANT AXIUX	$8,367.09
SET VIDEO UROLOGIA USO	$656.19
SIERRA NEUMATICA MAXI-DIVER USO	$532.39
SIERRA NEUMATICA MICRO-DRIVER USO	$2,823.91
SIERRA NEUMATICA MINI-DRIVER USO	$532.39
SIERRA OSCILATORIA ZIMMER USO	$583.02

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

SIERRA PARA ESTERNOTOMIA	$646.74
SIERRA PARA SISTEMA 1 MCA. STRYKER	$388.85
SIGMOIDOSCOPIO X USO	$501.34
SISTEMA 1 PARA HUESOS MCA. STRYKER	$3,675.00
SISTEMA T.V. Y VIDEO	$719.92
SOPORTE VENTRICULAR (ECMO)	$9,823.93
SOPORTE VENTRICULAR (ECMO)INCLUYE INTERCAMBIADOR	$13,939.28
TOCOCARDIOGRAFO (-30 MINUTOS)	$380.25
TOCOCARDIOGRAFO (MAS DE 30 MINUTOS)	$551.39
TORNILLO RICHMOND (24 HRS)	$296.24
TORNIQUETE NEUMATICO ZIMMER USO	$958.67
URETEROSCOPIO RIGIDO USO	$3,384.80
URETROTOMO	$1,267.31
USO BALON DE CONTRAPULSACION	$18,027.45
USO DE FLUJOMETRO	$27.69
USO DE PROTECTOR PARA ULCERAS	$304.12
USO DE ROPA QUIRURUGICA P/CIRUGIA MAYOR 1	$219.87
USO DE ROPA QUIRURUGICA P/CIRUGIA MAYOR 11	$219.87
USO DE ROPA QUIRURUGICA P/CIRUGIA MEDIANA	$176.44
USO DE ROPA QUIRURUGICA P/CIRUGIA MENOR	$176.44
USO DE SUCCION (EMPOTRADA)	$61.93
USO FUENTE LUZ MCA. STRYKER	$315.11
USO HOJA DE SIERRA ESTERNON	$197.58
USO INSTRUMENTAL PARA LEGRADO	$475.38
USO INSTRUMENTAL PARA PARTO	$584.07
USO LAMPARA FRONTAL MCA. STRYKER	$220.69
USO LARINGOSCOPIO WELCH ALLIN	$70.52
USO SIERRA ELECTRICA CAST CUTER MCA. STRYKER	$646.74
VENODISECCION X USO	$352.99
FOTOGRAFIA DE ARTROSCOPIA	$2,704.90
USO EQUIPO RECONSTRUCCION CRUZADO ANTERIOR	$3,491.01
APLIC. DE PLAQUETOFERESIS	$10,782.72
BUSQUEDA DE DONADOR NO RELACIONADO (CELULAS HEMATOPROGENITORAS)	$4,065.10
CENTRIFUGACION	$270.49
FENOTIPO RH	$1,357.15
FLEBOTOMIA TERAPEUTICA	$276.05

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

PANEL DE ANTICUERPOS IRREGULARES	$594.82
PRUEBA CRUZADA	$290.56
SERVICIO DE TRANSFUSION CONCENTRADO PLAQUETARIO	$893.52
SERVICIO DE TRANSFUSION PAQUETE GLOBULAR	$2,224.43
SERVICIO DE TRANSFUSION SANGRE TOTAL	$2,599.38
USO DE BOLSA TRIPLE ACD	$125.69
ESTERILIZACION A GAS CARGA	$429.60
ESTERILIZACION A GAS MEDIA CARGA	$214.80
ESTERILIZACION A VAPOR CARGA	$245.48
ESTERILIZACION A VAPOR MEDIA CARGA	$122.74
ESTERILIZACION PLASMA CARGA	$432.46
ESTERILIZACION PLASMA MEDIA CARGA	$240.26
ACCESORIO P/ESPALDA (BACK) USO	$563.19
ACCESORIO P/HOMBRO (SHOULDER) USO	$564.25
ACCESORIO P/MULTIUSOS (USO)	$571.93
ACCESORIO P/RODILLA (KNEE) USO	$562.00
ACCESORIOS P/TOBILLO (ANKLE) USO	$231.20
ASPIRADOR (USO)	$244.30
COLCHON NEUMATICO (USO)	$405.28
COSTALES DE ARENA (USO)	$12.85
ENEMA DE MAYO C/BOLSA DESECHABLE (USO)	$75.29
EQUIPO CHAROLA DE CIRUGIA MENOR (USO)	$146.22
EQUIPO CHAROLA DE IRRIGACION (USO)	$16.41
EQUIPO CHAROLA DE RAQUIA (USO)	$63.49
EQUIPO CHAROLA DE TORUNDAS (USO)	$8.16
EQUIPO CHAROLA EPIDURAL (USO)	$63.49
EQUIPO DE ASEO (USO)	$94.42
EQUIPO DE CHAROLA DE CATETERISMO (USO)	$32.93
EQUIPO DE CIRCUNSICION (USO)	$1,163.30
EQUIPO DE CIRUGIA PLASTICA (USO)	$168.31
EQUIPO DE CURACION (USO)	$112.94
EQUIPO DE CURACION PEDIATRICO (USO)	$19.94
EQUIPO ESPEJO NASAL (USO)	$24.67
EQUIPO PERCUTANEO (USO)	$32.93
EQUIPO VENODISECCION PEDIATRICO (USO)	$336.25
FERULA DE BRAWN (USO)	$38.82
FERULA DE THOMAS (USO)	$31.75
LAMPARA FRONTAL (USO)	$12.85

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

BIOPSIA DE FOSA NASAL (POLIPOS)	$1,154.46
BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO	$1,027.66
BIOPSIA DE GANGLIOS LINFATICOS (VARIOS)	$2,659.92
BIOPSIA DE GLANDULA MAMARIA	$2,010.11
BIOPSIA DE GLANDULA MAMARIA BILATERAL	$2,659.92
BIOPSIA DE GLANDULA MAMARIA, MASTECTOMIA	$2,659.92
BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES	$2,010.11
BIOPSIA DE GLANDULA PARATIROIDES (VARIOS)	$2,010.11
BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL, PAROTIDA,SUBMAXILAR	$2,010.11
BIOPSIA DE GLANDULA SALIVAL,RESECCION POR TUMOR	$2,659.92
BIOPSIA DE GLANDULA SUPRARRENAL, RESECCION TUMOR	$2,659.92
BIOPSIA DE GLOBO OCULAR (OJO) RESECCION	$2,659.92
BIOPSIA DE HEMORROIDES	$1,154.46
BIOPSIA DE HIGADO (CUNA Y POR PUNCION)	$2,010.11
BIOPSIA DE HIGADO Y PANCREAS	$2,010.11
BIOPSIA DE HIGADO Y VESICULA BILIAR	$2,010.11
BIOPSIA DE HIGADO, RESECCION POR TUMOR	$2,659.92
BIOPSIA DE HIPOFISIS	$2,010.11
BIOPSIA DE HUESO, LEGRADO O POR PUNCION	$2,659.92
BIOPSIA DE HUESO, RESECCION RADICAL	$2,659.92
BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO (RESECCION)	$2,659.92
BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO,ENDOSCOPICA O CAPSULA	$1,154.46
BIOPSIA DE LABIO, LENGUA O MUCOSA ORAL	$1,154.46
BIOPSIA DE LARINGE (ENDOSCOPICA)	$1,154.46
BIOPSIA DE LARINGE, ENDOSCOPICA MULTIPLE	$2,010.11
BIOPSIA DE LARINGE, RESECCION DE TUMOR	$2,659.92
BIOPSIA DE MEDIASTINO	$2,659.92
BIOPSIA DE MEDULA OSEA	$2,659.92
BIOPSIA DE MENISCO Y SINOVIAL	$1,154.46
BIOPSIA DE MENISCO, ESTUDIO MACROSCOPICO	$732.30
BIOPSIA DE MIEMBRO INFERIOR POR AMPUTACION	$2,659.92
BIOPSIA DE MUCOSA ORAL CON INMUNOFLUORESCENCIA	$2,659.92
BIOPSIA DE MUSCULO	$2,010.11
BIOPSIA DE MUSCULO CON INMUNOFLUORESCENCIA	$2,659.92
BIOPSIA DE NERVIO PERIFERICO	$2,010.11
BIOPSIA DE NERVIOS VAGOS	$1,154.46
BIOPSIA DE OIDO (COLESTEATOMA)	$1,154.46
BIOPSIA DE OIDO, OTROS	$1,154.46

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

BIOPSIA DE OVARIO, CUNA BILATERAL	$2,010.11
BIOPSIA DE OVARIO, CUNA UNILATERAL	$2,010.11
BIOPSIA DE OVARIO, QUISTE	$2,010.11
BIOPSIA DE OVARIO, TUMOR	$2,010.11
BIOPSIA DE PANCREAS	$2,010.11
BIOPSIA DE PENE	$2,010.11
BIOPSIA DE PENE, TUMOR	$2,659.92
BIOPSIA DE PERITONEO	$1,154.46
BIOPSIA DE PIEL (OTROS)	$2,010.11
BIOPSIA DE PIEL CON INMUNOFLUORESCENCIA	$2,659.92
BIOPSIA DE PIEL, CARCINOMA BASOCELULAR	$2,010.11
BIOPSIA DE PIEL, MELANOMA	$2,659.92
BIOPSIA DE PIEL, NEVO	$1,154.46
BIOPSIA DE PIEL, NEVOS (VARIOS)	$2,010.11
BIOPSIA DE PIEL, QUISTE SEBACEO	$1,154.46
BIOPSIA DE PIEL, QUISTE SEBACEO (VARIOS)	$1,154.46
BIOPSIA DE PLACA DE ATEROMA	$1,154.46
BIOPSIA DE PLACENTA	$2,010.11
BIOPSIA DE PLEURA	$2,010.11
BIOPSIA DE PROSTATA TRANSRECTAL	$2,010.11
BIOPSIA DE PROSTATA, SUPRAPUBICA	$2,659.92
BIOPSIA DE PROSTATA, TRANSURETRAL	$2,659.92
BIOPSIA DE PULMON RESECCION LOBECTOMIA	$2,659.92
BIOPSIA DE PULMON, TRANSBRONQUIAL	$2,010.11
BIOPSIA DE QUISTE PILONIDAL	$1,154.46
BIOPSIA DE RINON CON INMUNOFLUORESCENCIA	$2,659.92
BIOPSIA DE RINON POR PUNCION	$2,010.11
BIOPSIA DE RINON, RESECCION NEFRECTOMIA	$2,659.92
BIOPSIA DE RIÑON CON INMUNOFLUORESENCIA(CMP)	$6,849.99
BIOPSIA DE SENO MAXILAR	$2,010.11
BIOPSIA DE SENO MAXILAR BILATERAL O MULTIPLE	$2,010.11
BIOPSIA DE SINOVIAL	$1,154.46
BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO, FIBROMA - LIPOMA	$1,154.46
BIOPSIA DE TEJIDO BLANDO, OTROS TUMORES	$1,154.46
BIOPSIA DE TEJIDO CON INMUNOFLUORESCENCIA	$2,659.92
BIOPSIA DE TEJIDOS BLANDOS DE REGION OCULAR	$2,010.11
BIOPSIA DE TEJIDOS BLANDOS,FIBROMA-LIPOMA MULTIPLE	$2,010.11
BIOPSIA DE TESTICULO BILATERAL	$2,010.11

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

BIOPSIA DE TESTICULO VARICOCELE	$1,154.46
BIOPSIA DE TESTICULO, ORQUIDECTOMIA	$2,659.92
BIOPSIA DE TESTICULO, QUISTE HIDROCELE	$1,154.46
BIOPSIA DE TIMO, RESECCION	$2,010.11
BIOPSIA DE TIROIDES LOBECTOMIA	$2,010.11
BIOPSIA DE TIROIDES POR PUNCION	$2,010.11
BIOPSIA DE TIROIDES, TIROIDECTOMIA RESECCION	$2,659.92
BIOPSIA DE TROMPA DE FALOPIO (EMBARAZO ECTOPICO)	$2,010.11
BIOPSIA DE TROMPA DE FALOPIO (SALPINGOCLASIA)	$1,154.46
BIOPSIA DE UTERO ENDOMETRIO CON IMPRONTAS	$2,010.11
BIOPSIA DE UTERO ENDOMETRIO POR SONDA	$2,010.11
BIOPSIA DE UTERO LEGRADO POR ABORTO	$2,010.11
BIOPSIA DE UTERO Y ANEXOS	$2,659.92
BIOPSIA DE UTERO, CERVIX	$1,154.46
BIOPSIA DE UTERO, CERVIX Y ENDOMETRIO	$2,010.11
BIOPSIA DE UTERO, ENDOMETRIO LEGRADO	$2,010.11
BIOPSIA DE UTERO, HISTERECTOMIA SIMPLE	$2,659.92
BIOPSIA DE UTERO, LEGRADO FRACCIONADO	$2,010.11
BIOPSIA DE VAGINA O VULVA	$1,154.46
BIOPSIA DE VEJIGA, RESECCION	$1,154.46
BIOPSIA DE VESICULA BILIAR	$1,154.46
BIOPSIA O PIEZA CHICA	$1,154.46
BIOPSIA O PIEZA GRANDE	$2,659.92
BIOPSIA O PIEZA MEDIANA	$2,010.11
BIOPSIA TRANSOPERATORIA GRANDE	$1,444.79
BIOPSIA UNICA PEQUEÑA (CLAVE A)	$795.81
CITOLOGIA CERVICO VAGINAL (PAPANICOLAOU)	$152.37
CITOLOGIA CERVICO VAGINAL. (TOMADA POR MEDICO)	$399.26
CITOLOGIA DE CEPILLADO GASTRICO	$765.26
CITOLOGIA DE ESOFAGO (CEPILLADO)	$792.97
CITOLOGIA DE ESPUTO (CADA UNO)	$792.97
CITOLOGIA DE GLANDULA MAMARIA SECRECION	$792.97
CITOLOGIA DE LAVADO BRONQUIAL	$792.97
CITOLOGIA DE LAVADO Y RASPADO BRONQUIAL	$792.97
CITOLOGIA DE LIQUIDO ASCITICO (PERITONEAL)	$792.97
CITOLOGIA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	$792.97
CITOLOGIA DE LIQUIDO PLEURAL	$792.97
CITOLOGIA DE LIQUIDO SINOVIAL, (ARTICULACION)	$792.97

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

CITOLOGIA DE LIQUIDOS CITOCENTRIFUGADOS	$792.97
CITOLOGIA DE RASPADO BRONQUIAL	$792.97
CITOLOGIA DIVERSA	$792.97
CITOLOGIA DUODENAL (CEPILLADO)	$792.97
CITOLOGIA ENDOCERVICAL	$792.97
CITOLOGIA ENDOMETRIAL	$792.97
CITOLOGIA EXFOLIATIVA VAGINAL FUNCIONAL (5 MUESTRAS)	$1,329.43
CITOLOGIA PARA CROMATINA SEXUAL	$732.30
CITOLOGIA POR ASPIRACION DE HIGADO	$792.97
CITOLOGIA POR ASPIRACION DE PULMON	$792.97
CITOLOGIA POR ASPIRACION DE TIROIDES	$792.97
CITOLOGIA POR ASPIRACION DE TUMORES	$792.97
CITOLOGIA POR ASPIRACION EN GENERAL	$792.97
CITOLOGIA SERIADA	$792.97
CITOLOGIA SIMPLE	$552.57
CITOLOGIA URINARIA (CADA UNA)	$453.49
CITOMEGALOVIRUS EN ORINA	$732.30
CROMATINA SEXUAL (CUERPO DE BARR)	$768.91
CUERPOS INCLUSION CITOMEGALICA EN ORINA (CITOMEGALOVIRUS)	$768.91
DESCRIPCION MACROSCOPICA,ESPECIMEN SIN ESTUDIO	$732.30
INMUNOHISTOQUIMICA ACTINA MUSCULO ESPECIFICA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ALFA FETO PROTE INA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ALFA-1 ANTITRIPSINA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO CD15, LINFOCITOS	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO CD30, LINFOCITOS	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO CD34, VASCULAR	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO CD45 RO, LINFOCITOS	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO COMUN LEUCOCITARIO L26	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO DE LINFOCITOS B	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO DE LINFOCITOS T	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO DE MEMBRANA EPITELIAL	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO DE PROLIFERACION CELULAR	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO HMB45	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO MACROFAGOS	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO P53	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA CADENA KAPPA GAMAGLOBULINA	$896.23

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

INMUNOHISTOQUIMICA CADENA LAMBDA GAMAGLOBULINA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA CALRETININA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA CITOKERATINA DE ALTO PESO MOLECULAR	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA CITOKERATINA DE BAJO PESO MOLECULAR	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA CROMOGRANINA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA DESMINA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA ENOLASA NEURONO ESPECIFICA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA FACTOR VIII, VASCULAR	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA FASCEINA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA HER-2 NEW CANCER DE MAMA	$2,533.73
INMUNOHISTOQUIMICA LISOZIMA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA MIELOPEROXIDASA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA PANQUERATINA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA PAQUETE DE CA DE GLANDULA MAMARIA	$4,629.54
INMUNOHISTOQUIMICA PAQUETE DE LINFOMAS	$4,451.57
INMUNOHISTOQUIMICA PAQUETE DE TUMOR MALIGNO INDIFERENCIADO	$4,629.54
INMUNOHISTOQUIMICA POR CADA ANTIGENO	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA PROTEINA ACIDICA GLIAL FIBRILAR	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA PROTEINA S-100	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA RECEPTOR ESTROGENO GLAN.MAMARIA	$3,102.72
INMUNOHISTOQUIMICA RECEPTOR PROGESTERONA GLAN.MAMARIA	$2,969.07
INMUNOHISTOQUIMICA SINAPTOFISINA	$896.23
INMUNOHISTOQUIMICA VIMENTINA	$896.23
MARCADOR CROMOSOMICO TECNICA DE FISH	$3,233.58
MARCADOR HER2NEU TECNICA DE FISH	$4,472.79
PAPANICOLAOU (CITOLOGIA VAGINAL)	$209.18
REVISION DE LAMINILLAS (BIOPSIA)	$2,010.11
CARGO CONTROL REMOTO	$306.85
CARGO CONTROL REMOTO MINISPLIT	$551.50
HEMODIALISIS	$3,921.67
SERVICIOS TÉCNICOS HEMODIÁLISIS	$620.44
20% ADICIONAL CIRUGIA MAYOR DOS	$1,439.59
20% ADICIONAL CIRUGIA MAYOR UNO	$1,122.83
20% ADICIONAL CIRUGIA MEDIANA	$748.61
20% ADICIONAL CIRUGIA MENOR	$374.24
20% ADICIONAL CIRUGIA PEQUEÑA	$224.95
AMB. DERECHO DE SALA CIRUGIA MEDIANA	$1,012.25
AMB. DERECHO DE SALA CIRUGIA MENOR	$1,012.25

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

AMB. DERECHO DE SALA CIRUGIA PEQUEÑA	$645.56
AMB. INSTRUMENTAL P/CIRUGIA PEQUEÑA	$378.60
AMB. MONITOR	$259.88
AMB. RECUPERACION	$99.02
DERECHO DE SALA MAYOR DOS	$7,485.84
DERECHO DE SALA MAYOR UNO	$5,614.30
DERECHO DE SALA MEDIANA	$3,742.75
DERECHO DE SALA MENOR	$1,871.43
DERECHO DE SALA PEQUEÑA	$1,124.48
INSTRUMENTAL CARDIOVASCULAR POR 1/2 HORA	$129.82
MINUTO EXCEDENTE CIRUGIA	$33.16
USO DE ROPA QUIRURUGICA P/CIRUGIA PEQUEÑA	$176.44
DOPPLER DE DISFUNCION ERECTIL	$1,472.90
DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES	$2,309.59
DOPPLER VENOSO DE MIEMBROS SUPERIORES	$2,309.59
ECOCARDIOGRAMA-DOPPLER COLOR TRANSESOFAGICO	$2,268.58
ECOCARDIOGRAMA-DOPPLER TRANSTORACICO	$1,361.39
ECOCARDIOGRAMA-STRESS TRANSTORACICO CON DOBUTAMINA	$2,784.96
EJERCICIO CON TALIO	$2,314.00
PRUEBA DE ESFUERZO CON MEDICAMENTO	$2,314.00
ECO 3D ABD O PELVIS	$1,071.38
ECO DE ABDOMEN SUPERIOR	$1,071.38
ECO DE ABDOMEN TOTAL	$1,756.13
ECO DE ANTEBRAZO	$1,231.89
ECO DE APENDICE	$1,046.71
ECO DE BRAZO	$1,231.89
ECO DE CODO	$1,231.89
ECO DE CUELLO	$1,284.75
ECO DE EMBARAZO	$1,170.29
ECO DE FEMUR	$1,231.89
ECO DE HOMBRO	$1,252.06
ECO DE MAMA BILATERAL	$1,151.28
ECO DE MAMA UNILATERAL	$894.11
ECO DE MANO	$1,231.89
ECO DE MUÑECA	$1,231.89
ECO DE ORBITAS	$1,169.92
ECO DE PARED ABDOMINAL	$1,071.38
ECO DE PIE	$1,252.06

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

ELECTROCARDIOGRAMA	$435.73
ELECTROMIOGRAFIA 4 MIEMBROS Y VELOCIDAD DE CONDUCCION	$3,523.70
ELECTROMIOGRAFIA Y VELOCIDAD DE 2 MIEMBROS	$1,809.24
HOLTER DE CORAZON	$954.30
POTENCIALES EVOCADOS MULTIMODALES	$4,397.88
PRUEBA DE ESFUERZO	$1,522.90
ANOSCOPIA	$1,318.52
CHOLANGIO-PANCRE.RETROGRADA C/ESFINCTER.Y PAPILLO	$5,626.71
CHOLANGIO-PANCREA RETROG C/COLOCACION PROTESIS	$7,460.71
COLONOSCOPIA DIAGNOSTICA	$1,993.47
ESCLEROSIS DE ULCERA SANGRANTE	$3,854.87
ESCLEROSIS VARICES TRANSENDOSCOPICAS	$3,177.92
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO DE ESOFAGO	$1,475.95
GASTROSCOPIA (PANENDOSCOPIA ALTA)	$1,784.59
LIGADURA DE VARICES	$4,999.18
SERVICIO LAVADO Y ESTERILIZACION DE EQ. QUIRURGICO	$330.46
SERVICIOS TÉCNICOS ENDOSCOPIA	$620.44
USO SOLUCIÓN NON-RINSE	$27.55
ANGIOGRAFIA CAROTIDEA SELECTIVA BILATERAL	$9,214.00
ANGIOGRAFIA CAROTIDEA SELECTIVA UNILATERAL	$6,452.01
ANGIOGRAFIA PULMONAR	$11,029.85
ANGIOGRAFIA RENAL CON EMBOLIZACION DE ARTERIA	$16,544.77
ANGIOGRAFIA RENAL SELECTIVA	$10,984.41
ANGIOPLASTIA CORONARIA	$15,993.28
APLICACION DE MARCAPASO DEFINITIVO	$6,473.47
APLICACION DE MARCAPASO TEMPORAL	$3,234.33
ARTERIOGRAFIA ABDOMINAL	$11,029.85
ARTERIOGRAFIA ESPLENICA	$13,235.81
ARTERIOGRAFIA FEMORAL PERIFERICA BILATERAL	$10,589.17
ARTERIOGRAFIA FEMORAL PERIFERICA UNILATERAL	$7,364.65
ARTERIOGRAFIA SELECTIVA DE ARTERIA MESENTERICA INFERIOR	$11,029.85

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

ARTERIOGRAFIA SELECTIVA DE ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR	$11,029.85
ARTERIOGRAFIA SUBCLAVIA BILATERAL	$11,029.85
ARTERIOGRAFIA SUBCLAVIA UNILATERAL	$8,672.41
ARTERIOGRAFIA TRONCOS SUPRAAORTICOS	$10,118.74
BIOPSIA DE CORAZON	$11,029.85
CATETERISMO B CARDIACO IZQUIERDO	$13,787.31
CATETERISMO CARDIACO /CORONARIOGRAFIA Y ANGIOPLASTIA	$30,332.08
CATETERISMO CARDIACO DER E IZQ / CORONARIOGRAFIA	$17,647.74
CATETERISMO CARDIACO DERECHO	$11,029.85
DERIVACION BILIAR (RX)	$13,235.81
HEMODIALISIS EXTERNA CON RESPIRADOR	$4,180.72
NEFROSTOMIA PERCUTANEA	$17,941.66
PANANGIOGRAFIA 3 VASOS VERTEBRAL, CAROTIDA DER, E. IZQ	$11,029.84
SEPTOSTOMIA	$13,235.81
SERIE ADICIONAL DE ARTERIOGRAFIA	$3,102.62
SERVICIOS TÉCNICOS HEMODINAMIA	$0.92
TERAPIA ENDOVASCULAR (EMBOLIZACION TUMORAL)	$31,710.98
USO BALON CONTRAPULSACION POR DIA	$8,544.60
USO DE SALA DE HEMODINAMIA	$3,367.21
USO SALA HEMODINAMIA PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	$18,739.81
VALVULOPLASTIA	$30,491.25
ACIDO URICO EN ORINA	$153.55
ACIDO URICO EN SANGRE (P)	$153.55
ACIDO VALPROICO (DEPAKENE)	$575.55
ACS. ANTI TRYPANOSOMA CRUZI IgG	$2,359.85
AGLUTININAS FRIAS (CRIOAGLUTININAS)	$818.36
ALBUMINA EN SANGRE	$155.44

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

ALCOHOL EN SANGRE	$937.20
ALFA FETO PROTEINA EN SUERO	$653.13
AMILASA EN ORINA DE 2 HRS	$248.08
AMILASA EN SANGRE (P)	$193.80
AMNISURE	$1,780.77
AMNISURE DETECCION DE RUPTURA DE MEMBRANA	$1,780.77
AMONIO (AMONIACO EN SANGRE)	$608.86
ANFETAMINAS EN ORINA	$418.05
ANTICOAGULANTE LUPICO	$812.45
ANTICUERPOS ANTI CARDIOLIPINAS IGG IGM	$922.20
ANTICUERPOS ANTI CITOMEGALOVIRUS TIPO IgG EN SUER	$769.37
ANTICUERPOS ANTI CITOMEGALOVIRUS TIPO IgM EN SUERO	$734.13
ANTICUERPOS ANTI DENGUE IGG IGM	$1,179.18
ANTICUERPOS ANTI DENGUE IgM (ELISA)	$2,241.95
ANTICUERPOS ANTI DNA ds (DOBLE CADENA)	$1,597.16
ANTICUERPOS ANTI HELICOBACTER pylori IgG CUALI	$686.66
ANTICUERPOS ANTI HEPATITIS C	$642.63
ANTICUERPOS ANTI HERPES VIRUS I Y II IgM	$552.95
ANTICUERPOS ANTI HIV	$417.08
ANTICUERPOS ANTI JO1	$1,511.33
ANTICUERPOS ANTI MYCOPLASMA PNEUMONIAE IGM	$1,215.05
ANTICUERPOS ANTI NUCLEARES (ANA)	$546.90
ANTICUERPOS ANTI PEPTIDO CITRULINADO CICLICO IGG	$1,310.72
ANTICUERPOS ANTI RNP (SMIT)	$793.92
ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA DE TIPO IGG	$412.02
ANTICUERPOS ANTI RUBEOLA DE TIPO IGM	$554.44
ANTICUERPOS ANTI SCL-70 (ESCLERODERMA)	$1,027.71
ANTICUERPOS ANTI Sjogren SSA/Ro SSB/La	$2,404.16
ANTICUERPOS ANTI SM (SMITH)	$790.14
ANTICUERPOS ANTI TIROIDEOS PEROXIDASA (ANTI MICROSOMALES)	$915.25
ANTICUERPOS ANTI TOXOPLASMA DE TIPO IgG	$507.48
ANTICUERPOS ANTI TOXOPLASMA DE TIPO IGM	$504.89
ANTICUERPOS ANTI Treponema pallidum	$458.50
ANTICUERPOS ANTI VIH POR WESTERN BLOT	$2,830.93
ANTICUERPOS HETEROFILOS (PAUL BUNNELL) PRUEBA DE:	$363.74
ANTICUERPOS IgG CONTRA HEPATITIS A	$575.55
ANTICUERPOS IgM CONTRA HEPATITIS A	$653.33
ANTIESTREPTOLISINA (ASO)	$195.44

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

ANTIGENO CA 19-9	$984.64
ANTIGENO CA-125	$778.45
ANTIGENO CA-15-3 (MAMARIO ESPECIFICO)	$998.12
ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	$1,025.84
ANTIGENO DE SUPERFICIE (AUSTRALIA) DE LA HEPATITIS B	$333.99
ANTIGENO e DE LA HEPATITIS B (HBeAg)	$494.38
ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	$492.49
ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO TOTAL Y LIBRE	$1,168.16
APOLIPOPROTEINA A Y B	$1,243.10
BACILOSCOPIA (1) DE CUALQUIER SITIO (BAAR)ZIELH NELSE	$361.97
BALANCE DE NITROGENO EN ORINA DE 24 HRS	$499.54
BENZODIAZEPINA EN ORINA	$377.43
BILIRRUBINA TOTAL (TOTAL,DIRECTA E IND.) (P)	$200.26
BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA (P)	$198.63
BRUCELLA SP,ROSA BENGALA	$445.29
BRUCELOSIS ROSA DE BENGALA Y 2 MERCAPTOETANOL	$424.04
CALCIO EN ORINA DE 24 HRS	$190.60
CALCIO SERICO	$190.60
CARIOTIPO CON FOTO	$6,309.32
CELULAS LE. (CHIHUAHUA)	$397.68
CITOQUIMICO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO	$369.41
CITOQUIMICO DE LIQUIDOS CORPORALES (P)	$420.86
CLORO EN ORINA	$151.01
COAGLUTININAS EN LCR, SUERO U ORINA	$1,888.32
COCAINA EN ORINA	$430.35
COCCIDIOIDINA,PRUEBA CUTANEA A LA:	$336.36
COLESTEROL TOTAL	$139.38
COMPLEMENTO C3 C4	$721.11
COOMBS DIRECTO	$141.98
COOMBS INDIRECTO	$251.62
COPROCULTIVO	$580.41
COPROLOGICO	$138.20
COPROPARASITOSCOPICO (TRES MUESTRAS)	$244.41
COPROPARASITOSCOPICO (UNA MUESTRA)	$148.11
CORRECCIONES DE TP O TPT	$1,346.71
CORTISOL	$376.68
CREATIN FOSFOQUINASA FRACCION M.B. (CPKMB)	$347.69
CREATIN FOSFOQUINASA TOTAL (P)	$158.61

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

CREATININA EN ORINA	$142.56
CRIOGLOBULINAS EN SUERO	$1,072.62
CUANTIFICACION DE GONADOTROFINAS CORIONICAS EN SANGRE	$539.11
CUERPOS GRASOS EN ORINA	$152.56
CULTIVO DE ANAEROBIOS (CUALQUIER SITIO)	$754.03
CULTIVO DE BAAR	$1,276.50
CULTIVO DE HDA/ANT (CMP)	$703.16
CULTIVO DE HONGOS (CUALQUIER SITIO)	$314.16
CULTIVO DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO (LCR)	$754.03
CULTIVO DE LIQUIDOS (CMP)	$754.03
CULTIVO ESPECIAL VAGINAL Y CHLAMYDIA (CMP)	$1,191.07
CULTIVO ORDINARIO CUALQUIER SITIO (AEROBIO) (P)	$513.50
DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO (DHEA SO4)	$433.79
DENSIDAD URINARIA (GRAVEDAD ESPECIFICA)	$118.64
DEPURACION DE CREATININA	$217.86
DESHIDROGENASA LACTICA EN SUERO (LDH) (P)	$184.70
DIGOXINA NIVEL DE	$434.42
DIMERO D	$790.26
ELECTROFORESIS DE PROTEINAS EN SUERO	$777.87
ELECTROLITOS EN ORINA DE 24 HRS	$466.17
ELECTROLITOS EN SUDOR (METODO DE IONTOFORESIS)	$2,656.85
ELECTROLITOS SERICOS (SODIO,POTASIO Y CLORO) (P)	$443.28
ELECTROLITOS URINARIOS	$442.57
ENZIMAS CARDIACAS	$821.78
EOSINOFILOS NASAL	$166.64
EPAMIN, NIVEL DEL	$374.71
EPSTEIN BARR VIRUS (PANEL COMPLETO)	$1,838.19
ESPERMATOBIOSCOPIA (ESPERMOGRAMA)	$299.64
ESTRADIOL	$343.09
ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO	$322.62
EXAMEN GENERAL DE ORINA (PARCIAL)(P)	$111.54
EXCRECION FRACCIONADA DE SODIO (FENa ó EFNa)	$145.76
FACTOR REUMATOIDE (R.A. TEST)	$341.32
FENOBARBITAL, NIVEL SERICO	$398.30
FERRITINA SERICA	$601.19
FIBRINOGENO, PRODUCTOS DE DEGRADACION	$581.24
FIBRINOGENO,CUANTIFICACION DE (CLAUS)	$663.40
FOSFATASA ALCALINA SERICA (P)	$201.81

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

FOSFORO EN ORINA DE 24 HRS	$234.39
FOSFORO EN SANGRE	$136.19
FTA ABS (ANTICUERPOS ANTITREPONEMA POR FLUORESENCIA	$854.34
GAMA GLUTAMILTRANSPEPTIDASA (GGTP)	$346.03
GLUCOSA EN ORINA	$121.09
GLUCOSA EN SANGRE (P)	$98.07
GLUCOSA POST CARGA	$377.62
GLUCOSA POST CARGA (TAMIZAJE PARA DM GESTACIONAL)	$377.62
GLUCOSA POST-PRANDIAL DE 2 HRS	$264.36
GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA 3 HRS	$457.44
GLUCOSA, CURVA DE TOLERANCIA 5 HORAS	$383.57
GONADOTROFINAS CORIONICAS ORINA (CUALITATIVAS)	$240.28
GONADOTROFINAS CORIONICAS SANGRE (CUALITATIVO)	$126.98
GOTA GRUESA	$215.16
GRAM, TINCION DE (P)	$107.28
GRUPO SANGUINEO Y RH (P)	$120.15
HELICOBACTER PYLORI EN HECES FECALES	$1,578.63
HEMOCULTIVO AEROBIO	$828.96
HEMOGLOBINA GLICOSILADA (GLICOHEMOGLOBINA)	$489.31
HEPATITIS B VIRUS CUALITATIVO PCR	$6,354.05
HIERRO SERICO	$370.11
HISTOPLASMINA, PRUEBA CUTANEA DE LA:	$424.51
HOMOCISTEINA EN SUERO	$2,130.96
HORMONA DE CRECIMIENTO (SOMATOTROFINA)	$836.40
HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (TSH)	$271.69
HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE EN SANGRE	$351.71
HORMONA LUTEINIZANTE EN SANGRE	$394.77
IAPC (AMIBAS EN PLATINA CALIENTE)	$112.11
INDICE HOMA	$728.10
INMUNOGLOBULINA E (IgE)	$574.99
INMUNOGLOBULINA IgA	$328.43
INMUNOGLOBULINA IgG	$328.43
INMUNOGLOBULINA IgM	$341.32
INSULINA	$811.39
LACTATO (ACIDO LACTICO)	$1,430.98
LIPASA	$575.81
LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD (HDL)	$362.10
LIPOPROTEINAS DE BAJA DENSIDAD (LDL)	$362.10

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

LITIO	$708.46
MAGNESIO EN ORINA DE 24 HRS	$211.49
MAGNESIO SERICO	$193.79
MICROALBUMINA EN ORINA DE 24 HRS	$421.82
NICOTINA EN ORINA	$320.95
NITROGENO DE LA UREA EN ORINA DE 24 HRS	$182.68
NITROGENO DE LA UREA EN SANGRE	$127.80
OPIACEOS EN ORINA	$336.73
OXIUROS (NIH), PRUEBA DE:	$96.56
PANEL AC. TIROIDEOS (ANTI TIROGLOBULINA Y TIROIDEOS PEROXIDASA)	$911.23
PANEL AUTOINMUNE(ANA,DNA,SM.RNP,SSA/RO,SSB/LA,JO1,SCL70	$3,331.20
PANEL DE DROGAS (ANTIDOPING)	$721.69
PANEL DE HEPATITIS "A"	$1,037.98
PANEL DE HEPATITIS "B"	$2,169.76
PANEL DE HEPATITIS AGUDA	$2,879.32
PARATOHORMONA INTACTA (PTH)	$1,130.04
PEPTIDO C	$874.99
PEPTIDO NATIURETICO TIPO B (PRO-BNP)	$2,331.94
PERFIL BIOQUIMICO 15 (ELECTROLITOS)	$419.80
PERFIL BIOQUIMICO 17 (ELECTROLITOS,CALCIO,FOSFORO	$732.31
PERFIL BIOQUIMICO 24 (CHIHUAHUA)	$1,144.09
PERFIL DE DONADOR (BANCO DE SANGRE)	$1,714.59
PERFIL DE GASES Y ELECTROLITOS ARTERIALES (P)	$537.58
PERFIL DE HIERRO(HE,CAP.SAT,TRANSF,FERRI)	$1,448.58
PERFIL DE LIPIDOS	$446.47
PERFIL GRIPAL	$1,162.61
PERFIL HEPATICO (PRUEBA DE FUNCION HEPATICO)	$438.45
PERFIL HIPOFISIARIO(LH,FCH,PROL,ACTH,HG,TSH)(CMP)	$1,757.78
PERFIL HORMONAL 6 (AE)	$1,573.78
PERFIL REUMATICO(PCR,FR,ANA,VSG,ASO)	$907.83
PERFIL TIROIDEO (AE)	$718.16
PLAQUETAS (RECUENTO PLAQUETARIO) CUENTA DE:	$192.25
POTASIO EN ORINA	$215.36
POTASIO SERICO	$223.88
PRE ALBUMINA SERICA	$968.70
PRENATALES (CMP)	$519.40
PRENUPCIALES (CMP)	$413.53
PREOPERATORIO CHIHUAHUA	$743.87

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

PROCALCITONINA SERICA	$1,487.04
PROGESTERONA	$432.43
PROLACTINA	$334.36
PROTEINA C REACTIVA ALTA SENSIBILIDAD	$372.94
PROTEINA DE BENCE JONES	$226.13
PROTEINAS EN ORINA DE 24 HRS (ALBUMINA)	$386.40
PROTEINAS TOTALES (P)	$227.19
PRUEBA RAPIDA DE INFLUENZA "A" Y "B"	$652.21
PRUEBAS CRUZADAS POR CITOMETRIA DE FLUJO PARA TRANSPLANTE	$2,978.06
QUIMICA 12 PARAMETROS	$276.68
QUIMICA SANG.(GLUC.UREA,CREA.A.URICO)	$243.35
QUIMICA SANGUINEA COMPLETA(GLUCOSA, UREA, BUN, CREATININA, ACIDO URICO, TRIGLICERIDOS, COLESTEROL TOTAL)	$340.20
RAST ALIMENTICIO	$2,418.83
RAST INHALATORIO	$2,418.83
REACCIONES FEBRILES (COMPLETAS)	$338.23
REACCIONES FEBRILES X FIJACION (CMP)	$548.07
RECUENTO CELULAR EN LIQUIDOS	$184.58
RECUENTO DE RETICULOCITOS	$154.25
RETRACCION DEL COAGULO	$675.03
ROTAVIRUS EN HECES	$452.84
ROTAVIRUS Y ADENOVIRUS EN HECES	$534.16
SANGRE OCULTA EN HECES (GUAYACO)(P)	$120.15
SERIE BLANCA (LEUCOCITOS Y DIFERENCIAL)	$184.91
SERIE ROJA (HB,HCTO,VCM,HCM,CMHC)	$184.91
SEROAMEBA	$731.61
SIROLIMUS (RAPAMICINA)	$2,143.80
SODIO EN ORINA	$223.88
STREP GRUPO B VAGINAL	$270.24
T3 TOTAL (CMP)	$331.04
T4 CAPTACION	$314.69
TACROLIMUS	$1,105.73
TEGRETOL (CARBAMAZEPINA)	$403.73
TESTOSTERONA TOTAL	$432.43
TIEMPO DE COAGULACION	$142.56
TIEMPO DE PROTROMBINA (P)	$142.56
TIEMPO DE SANGRADO	$142.56
TIEMPO DE TROMBINA	$440.81
TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP)	$142.56

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

TIROGLOBULINA	$874.99
TIROXINA TOTAL (T4 TOT)	$301.44
TOMA DE EXAMENES DE LABORATORIO	$160.04
TORCH IgG (TOXO,RUBE, CITO, HERPES)	$1,124.39
TORCH IgM (TOXO,RUBE, CITO, HERPES)	$1,124.39
TOXINA A Y B DEL CLOSTRIDIUM DIFICILE	$842.29
TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA (AST)(P)	$175.61
TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA (ALT)(P)	$185.05
TRANSFERRINA	$505.35
TRIGLICERIDOS	$149.29
TROPONINA T CUALITATIVA	$527.07
TROPONINA T CUANTIFICACIÓN	$696.68
TSH NEONATAL	$746.26
TUBERCULINA (PPD,MANTOUX) PRUEBA DE LA:	$277.71
UROCULTIVO (CULTIVO DE ORINA)	$520.70
V.D.R.L. (PRUEBAS LEUTICAS)	$149.41
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR (VSG)(P)	$105.04
VIRUS DE LA INFLUENZA A (H1N1) Y B POR PCR EN TR	$3,249.56
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO POR PCR	$2,625.00
VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL (VRS)	$1,033.57
VITAMINA B12	$971.88
MAMOGRAFIA BILATERAL	$1,239.89
ANALISIS RENAL PERFUSION Y FUNCION	$3,415.36
CISTERNOGAMMAGRAFÍA	$4,664.26
CISTOGAMMAGRAFÍA	$3,473.54
DOSIS TX 131I-MIBG 100 mCi	$58,718.17
DOSIS TX 131I-MIBG 150 mCi	$72,188.91
DOSIS TX 131I-MIBG 200 mCi	$39,909.42
ESOFAGOGAMMAGRAFÍA	$1,210.88
ESTUDIO CAPTACION I-131	$1,604.23
FLEBOGAMMAGRAFÍA	$3,625.32
GAMAGRAMA VENTRICULO Y CISTERNAS	$4,463.26
GAMMAGRAFÍA DIVERT MECKEL	$6,555.51
GAMMAGRAFÍA BUSQ HEMANGIOMA	$4,280.55
GAMMAGRAFÍA BUSQUEDA STD	$3,515.44
GAMMAGRAFÍA CEREB F CAROTIDEO	$3,625.08

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

GAMMAGRAFÍA CEREB I-II RITALÍN	$16,674.96
GAMMAGRAFÍA CEREB PAT TUMORAL	$3,607.62
GAMMAGRAFÍA CEREBRAL DIAMOX	$11,465.57
GAMMAGRAFÍA CEREBRAL ICTAL	$11,465.57
GAMMAGRAFÍA CEREBRAL NEUROLITE	$17,372.01
GAMMAGRAFÍA CON GALIO 67	$10,585.51
GAMMAGRAFÍA CON MIBG	$17,341.95
GAMMAGRAFÍA CON UBIQUICIDINA	$6,186.11
GAMMAGRAFÍA CORT SUPRARE NOR-I	$6,089.44
GAMMAGRAFÍA DE LINFÁTICOS	$2,254.30
GAMMAGRAFÍA DE PARATIROIDES	$6,515.15
GAMMAGRAFÍA DE TESTICULO	$3,366.15
GAMMAGRAFÍA DE VÍAS BILIARES	$3,670.05
GAMMAGRAFÍA FEVI	$3,679.95
GAMMAGRAFÍA GANGLIO CENTINELA	$5,131.26
GAMMAGRAFÍA GLAND SALIVALES	$3,618.24
GAMMAGRAFÍA GLÁNDULAS MAMARIAS	$2,041.73
GAMMAGRAFÍA HEPATOESPLÉNICA	$3,016.92
GAMMAGRAFÍA LEUCOS MARCADOS	$3,364.02
GAMMAGRAFÍA OCTREOSCAN-IN-III	$23,826.93
GAMMAGRAFÍA OSEA	$3,534.45
GAMMAGRAFÍA PERF CARD TL-MIBI	$7,535.89
GAMMAGRAFÍA PULMO PERFUSORIA	$3,402.74
GAMMAGRAFÍA PULMO VENTILATORIA	$3,312.32
GAMMAGRAFÍA PULMO VENT-PERF	$5,601.79
GAMMAGRAFÍA RENAL C/CAPTOPRIL	$4,492.53
GAMMAGRAFÍA RENAL CON LAXIS	$3,552.03
GAMMAGRAFÍA RENAL CON MAG III	$6,639.02
GAMMAGRAFÍA RENAL DTPA	$4,492.53
GAMMAGRAFÍA TIROIDEA NAI-131I	$2,421.88
GAMMAGRAFÍA TIROIDEA Tc 99m	$1,851.84
GAMMAGRAFÍA VAC GASTR ESOFAG	$2,815.69
RASTREO CON TALIO	$7,372.67

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

RASTREO CORPORAL CON SESTAMIBI	$13,340.74
RASTREO TIROIDEO	$5,798.77
SALIVOGRAMA DIN DEGLUCION	$3,001.01
SERVICIOS TÉCNICOS MEDICINA NUCLEAR	$620.44
TRATAMIENTO I-131 11-30 mCi	$6,094.76
TRATAMIENTO 100 MCI I-131 MIBG	$58,718.17
TRATAMIENTO CON I-131 1-10 mCi	$5,601.79
TRATAMIENTO DE FOSFORO -32	$12,490.83
TRATAMIENTO DE SAMARIO 153	$13,054.83
TRATAMIENTO I-131 101-200 mCi	$11,256.33
TRATAMIENTO I-131 31 - 50 mCi	$7,577.79
TRATAMIENTO I-131 51 - 100 mCi	$8,466.47
TRATAMIENTO YTRIO-90 1-10MCI	$13,592.22
TRATAMIENTO YTRIO-90 11-20MCI	$27,184.45
TRATAMIENTO YTRIO-90 21-29MCI	$40,776.65
VIAL NEUROLITE (PREPARACION)	$11,967.39
CAPNOGRAFO (USO)	$1,266.27
PRUEBA SIN ESTRES (PSS)	$417.79
INCUBADORA DE TRASLADO POR HORA	$1,450.90
NFC POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS	$1,466.40
NFC POTENCIALES EVOCADOS SOMATOSENSORIALES	$1,466.40
NFC POTENCIALES EVOCADOS VISUALES	$1,409.98
DERECHO DE SALA PARTO	$2,113.27
FORCEPS USO	$143.87
PINZA EXT. MONOPOLAR DEX. 42 USO	$981.44
SALA DE LABOR (USO X HORA)	$370.22
USO DE MASCARILLA LARINGEA CLASICA	$235.57
USO DE MASCARILLA LARINGEA FRASTRACH	$1,404.91
USO DE MASCARILLA LARINGEA REFORZADA FLEXIBLE	$352.16
USO DE MONITOR DE SIGNOS VITALES	$533.70
USO KIT TROCAR 10/12MM CAT TKD12	$1,127.79

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

USO MASCARILLA PROSEAL	$551.16
APLICACIÓN DE QUIMIOTERAPIA X SESION (aplicación medica quio	$1,065.60
RADIOTERAPIA CADA SESION	$399.97
AMBULATORIO 50% CUIDADOS CORONARIOS	$1,533.42
AMBULATORIO 50% INCUBADORA (IN)	$463.81
AMBULATORIO 50% PRIVADO (PR)	$987.70
AMBULATORIO 50% QUINTO PRIVADO (QPR)	$1,299.51
AMBULATORIO 50% QUINTO SEMI PRIVADO	$909.57
AMBULATORIO 50% SEMI PRIVADA (SP)	$788.85
AMBULATORIO 50% SUITE (QTO-MATER)	$1,525.53
AMBULATORIO 50% TERAPIA INTENSIVA	$2,376.91
DIFERENCIA DE CTO. A JR.SUITE	$1,966.48
DIFERENCIA DE CTO. A SUITE	$2,891.76
DIFERENCIA DE SEMI-PRIVADO A PRIVADO	$793.21
ESTANCIA AMBULATORIA NORMAL (1 A 6 HRS)	$882.39
ESTANCIA AMBULATORIA PROLONGADA (6 A 12 HRS)	$1,544.17
HABITACION CUARTO PISO AREA 1	$2,644.08
HABITACION CUARTO PISO AREA2	$2,644.08
HABITACION CUARTO PISO AREA4	$2,644.08
HABITACION QUINTO PISO AREA1	$2,644.08
HABITACION QUINTO PISO AREA2	$2,644.08
HABITACION SEGUNDO PISO AREA 1	$2,644.08
HABITACION SEMI-PRIVADA	$1,850.88
HABITACION SEMI-PRIVADA-QUINTO PISO	$1,850.78
HABITACION TERCER PISO AREA1	$2,644.08
JRSUITE CUARTO PISO AREA2	$3,205.27
JRSUITE TERCER PISO AREA1	$3,205.27
SUITE CUARTO PISO AREA4	$4,130.57
SUITE QUINTO PISO AREA 1	$4,130.57
SUITE TERCER PISO AREA 1	$4,130.57
TERAPIA INTENSIVA (SOBRE PRECIO CIR. CORAZON Y TRANSP RIÑON)	$2,701.24
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO (P)	$5,055.83
UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS	$3,308.95
UNIDAD CUIDADOS INTERMEDIOS ADULTO	$4,295.91
UNIDAD CUIDADOS INTERMEDIOS PEDIATRICOS	$2,040.53
RECUPERACION POST-ESTUDIO DE HEMODINAMIA	$491.49
RECUPERACION X HORA	$249.73
USO SALA RECUPERACION P/APLICACIÓN DE OZONO	$1,102.99

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

ARTRORESONANCIA	$6,597.84
RM ABDOMEN INFERIOR	$6,360.77
RM ABDOMEN SUPERIOR	$6,086.61
RM ABDOMEN TOTAL	$6,360.77
RM AMBAS CADERAS	$6,421.91
RM ANGIO AORTA ILIACA RENAL	$7,971.04
RM ANGIO CRANEO O CEREBRO	$7,971.04
RM ANGIO DE CORAZON-CORONARIA	$8,008.90
RM ANGIO DE PELVIS	$6,727.69
RM ANGIO DE TORAX AORTA	$7,664.42
RM ANGIO DE VASOS DE CUELLO	$7,971.04
RM ANGIO EXTREMIDAD INFERIOR	$6,727.69
RM ANGIO EXTREMIDAD SUPERIOR	$6,727.69
RM ANGIO MESENTERICA	$6,727.69
RM ANGIO PORTA -ESPLENICA	$6,727.69
RM ANGIO TORAX A PULMONARES	$7,971.04
RM ANGIO VENOSO-CAVA	$6,727.69
RM ANTEBRAZO	$6,421.91
RM ATM	$6,360.77
RM BRAZO	$6,360.77
RM CODO	$6,086.61
RM COLANGIO RESONANCIA	$6,360.77
RM COLUMNA CERVICAL	$6,421.91
RM COLUMNA DORSAL	$6,360.77
RM COLUMNA LUMBAR	$6,421.91
RM CORAZON FUNCIONAL	$7,664.42
RM CRANEO O CEREBRO	$6,421.91
RM CUELLO	$6,360.77
RM ESPECTROSCOPIA	$3,180.28
RM HIPOFISIS	$6,116.11
RM HOMBRO	$6,360.77
RM MAMA	$6,360.77
RM MANO	$6,421.91
RM MUÑECA	$6,360.77
RM MUSLO	$6,360.77
RM OIDO	$6,360.77
RM ORBITAS	$6,421.91
RM PELVIS FEMENINO	$6,360.77

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

RM PIE	$6,421.91
RM PIERNA	$6,421.91
RM PROSTATA	$6,360.77
RM RADIOTERAPIA CONFORMACIONAL	$7,971.04
RM RASTREO OSEO METASTASICO	$6,421.91
RM RODILLA	$6,421.91
RM TOBILLO	$6,360.77
RM TORAX	$6,360.77
RM URORESONANCIA	$6,086.61
SERVICIOS TÉCNICOS RESONANCIA	$620.44
COPIA DE ESTUDIOS PLACAS O CD	$294.03
RX ABDOMEN 1 POS	$734.42
RX ABDOMEN 2 POS	$806.66
RX ABDOMEN 3 POS	$977.08
RX AGUJEROS OPTICOS	$916.30
RX ANTEBRAZO 1 POSICION	$734.42
RX ANTEBRAZO 2 POSICIONES	$734.42
RX ANTEBRAZO 4 POSICIONES	$1,045.06
RX ART COXOFEMORAL 1 POS	$842.07
RX ART COXOFEMORAL 2 POS	$959.85
RX ART SACROILIACA 2 POS	$736.55
RX ART SACROILIACA 3 POS	$977.08
RX ARTROGRAFIA X REGION	$2,740.06
RX BRAZO 1 POSICION	$480.69
RX BRAZO 2 POSICIONES	$734.42
RX BRAZO 4 POSICIONES	$957.03
RX CALCANEO /TALON 1 POS	$611.82
RX CALCANEO/TALON 2 POS	$734.42
RX CALCANEO/TALON 4 POS	$1,045.06
RX CLAVICULA 1 POSICION	$765.13
RX CLAVICULA 2 POSICIONES	$869.86
RX CODO 1 POSICION	$734.42
RX CODO 2 POSICIONES	$740.56
RX CODO 4 POSICIONES	$1,028.90
RX COLANGIOGRAFIA SONDA EN "T"	$1,635.29
RX COLON POR ENEMA	$2,259.24
RX COLUMNA LUMBAR 6 POS	$1,233.18
RX COLUMNA CERVICAL 1 POS	$765.13

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

RX COLUMNA CERVICAL 2 POS	$787.67
RX COLUMNA CERVICAL 3 POS	$787.67
RX COLUMNA CERVICAL 4 POS	$1,222.22
RX COLUMNA CERVICAL 6 POS	$1,233.18
RX COLUMNA DORSAL 1 POS	$765.13
RX COLUMNA DORSAL 2 POS	$839.24
RX COLUMNA DORSAL 4 POS	$1,260.11
RX COLUMNA LUMBAR 1 POS	$464.88
RX COLUMNA LUMBAR 2 POS	$839.24
RX COLUMNA LUMBAR 3 POSICIONES	$977.08
RX COLUMNA LUMBAR 4 POS	$1,314.61
RX COMPLEMENTO	$734.42
RX CRANEO 1 POS	$498.98
RX CRANEO 2 POS	$734.42
RX CRANEO 3 POS	$844.55
RX DEDOS DEL PIE MULTIVISTA	$706.29
RX ESCOLIOSIS 14X36 2 POS	$731.96
RX ESCOLIOSIS 14X36 4 POS	$1,099.02
RX ESCOLIOSIS 14X36 X REGION	$1,615.80
RX ESOFAGOGRAMA	$1,158.70
RX ESTERNON 1 POSICION	$734.42
RX ESTERNON 2 POSICIONES	$1,025.35
RX FEMUR 1 POSICIONES	$611.82
RX FEMUR 2 POSICIONES	$765.13
RX FEMUR 4 POSICIONES	$1,314.61
RX FISTULOGRAFIA	$2,286.98
RX FLUOROSCOPIA 2 MINUTOS	$604.89
RX HIPOFARINGOGRAFIA	$2,938.22
RX HISTEROSALPINGOGRAFIA	$2,428.84
RX HOMBRO 1 POSICION	$734.42
RX HOMBRO 2 POSICIONES	$765.13
RX HOMBRO 3 POSICIONES	$977.08
RX HOMBRO 4 POSICIONES	$1,004.82
RX MANO 1 POSICION	$480.69
RX MANO 2 POSICIONES	$741.51
RX MANO 3 POSICIONES	$977.08
RX MANO 4 POSICIONES	$1,045.06
RX MASTOIDES 2 POS	$734.42

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

RX MASTOIDES 4 POS	$795.81
RX MAXILAR 1 POS	$932.23
RX MAXILAR 2 POS	$1,246.75
RX MAXILAR 3 POS	$1,124.37
RX MAXILAR 4 POS	$1,045.06
RX MECANISMO DEGLUCION	$1,827.17
RX MED MIEMBROS EJE MECANICO	$1,260.11
RX MED MIEMBROS INF 14 X 17	$1,075.75
RX MUÑECA 1 POSICION	$678.13
RX MUÑECA 2 POSICIONES	$765.13
RX MUÑECA 3 POSICIONES	$977.08
RX MUÑECA 4 POSICIONES	$1,314.61
RX PELVIMETRIA	$895.88
RX PELVIS 1 POSICION	$734.42
RX PELVIS 2 POSICIONES	$959.85
RX PERFILOGRAMA	$734.42
RX PERFILOGRAMA Y WATERS	$1,084.47
RX PIE 1 POSICION	$734.42
RX PIE 2 POSICIONES	$734.42
RX PIE 3 POSICIONES	$977.08
RX PIE 4 POSICIONES	$895.42
RX PIE 6 POSICIONES	$1,233.18
RX PIERNA 1 POSICION	$611.82
RX PIERNA 2 POSICIONES	$734.42
RX PIERNA 4 POSICIONES	$1,045.06
RX PIES CON APOYO 1 POSICION	$734.42
RX PIES CON APOYO 2 POSICIONES	$1,233.18
RX PIES CON APOYO 4 POSICIONES	$895.42
RX RODILLA 1 POSICION	$611.82
RX RODILLA 2 POSICIONES	$772.43
RX RODILLA 3 POSICIONES	$977.08
RX RODILLA 4 POSICIONES	$1,045.06
RX ROTULA 3 POS 30°60°90°	$977.08
RX ROTULA 6 POS BILATERAL	$1,233.18
RX SACRO-COCCIX 1 POS	$464.88
RX SACRO-COCCIX 2 POS	$766.05
RX SENOS PARANASALES 1 POS	$734.42
RX SENOS PARANASALES 2 POS	$803.24

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

RX SENOS PARANASALES 3 POS	$882.54
RX SERIE GASTRO DUODENAL	$1,827.17
RX SERIE OSEA METASTASICA	$1,615.80
RX SIALOGRAFIA UNILATERAL	$2,432.14
RX TOBILLO 1 POSICION	$611.82
RX TOBILLO 2 POSICIONES	$734.42
RX TOBILLO 3 POSICIONES	$977.08
RX TOBILLO 4 POSICIONES	$1,028.90
RX TORAX 1 POSICION	$734.42
RX TORAX 2 POSICIONES	$897.66
RX TORAX 3 POSICIONES	$977.08
RX TORAX 4 POSICIONES	$1,260.11
RX TORAX OSEO 1 POS	$741.51
RX TORAX OSEO 2 POS	$897.66
RX TORAX OSEO 3 POS	$977.08
RX TRANSITO INTESTINAL	$1,977.77
RX URETROCISTOGRAMA MICCIONAL	$2,778.89
RX URETROGRAFIA RETROGRADA	$2,014.12
RX UROGRAFIA EXCRETORA	$2,645.52
RX WATERS	$734.42
SERVICIOS TÉCNICOS RAYOS X	$177.03
UTIL ECO PORTATIL	$214.56
UTIL EQUIPO PORTATIL RX	$214.56
TAMIZAJE AUDITIVO	$754.44
SERV.ENFERMERIA 12 HORAS.	$2,376.89
SERVICIOS TÉCNICOS TOMOGRAFÍA	$620.44
TAC ANGIO CAVA VENOSO RENAL	$8,965.34
TAC ANGIO CORAZON-CORONARIAS	$8,310.68
TAC ANGIO CRANEO-CEREBRO	$8,224.76
TAC ANGIO CUELLO-CAROTIDAS	$8,224.76
TAC ANGIO EXTREMIDAD INFERIOR	$8,538.35
TAC ANGIO EXTREMIDAD SUPERIOR	$8,965.34
TAC ANGIO MESENTERICA	$8,965.34
TAC ANGIO PELVIS	$8,965.34
TAC ANGIO PORTA ESPLENICA	$8,965.34
TAC ANGIO PULMONAR	$7,130.02
TAC AORTA-ILIACAS RENALES	$2,093.32
TAC ART TEMPORO MANDIBULAR	$5,479.16

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

TAC COLONOSCOPIA VIRTUAL	$8,224.76
TAC COMPLEMENTO	$2,093.32
TAC DE ABDOMEN INFERIOR	$2,123.51
TAC DE ABDOMEN SUPERIOR	$2,113.49
TAC DE ABDOMEN TOTAL	$3,185.23
TAC DE ANTEBRAZO	$2,093.32
TAC DE BRAZO	$2,093.32
TAC DE CARA-MACIZO FACIAL	$2,103.34
TAC DE CODO	$2,093.32
TAC DE COLUMNA CERVICAL	$2,093.32
TAC DE COLUMNA DORSAL	$2,103.34
TAC DE COLUMNA LUMBAR	$2,093.32
TAC DE CORONARIAS-INDICIE CALCIO	$5,401.04
TAC DE CRANEO	$2,103.34
TAC DE CUELLO	$2,093.32
TAC DE HOMBRO	$2,093.32
TAC DE IMPLANTES DENTALES	$2,093.32
TAC DE MANO	$2,093.32
TAC DE MUÑECA	$2,093.32
TAC DE MUSLO	$1,898.69
TAC DE OIDO-MASTOIDES	$2,093.32
TAC DE ORBITAS	$2,093.32
TAC DE PELVIS-CADERA	$2,093.32
TAC DE PERFUSION CEREBRO O CUERPO	$2,103.34
TAC DE PIE	$2,093.32
TAC DE PIERNA	$2,093.32
TAC DE RODILLA	$2,093.32
TAC DE SENOS PARANASALES	$2,093.32
TAC DE TOBILLO	$2,093.32
TAC DE TORAX	$2,113.49
TAC DENSITOMETRIA OSEA	$1,907.99
TAC POLITRAUMATIZADO	$8,965.34
TAC UROLOGICO	$2,123.51
ESPIROMETRIA SIMPLE	$581.14
MICRONEBULIZACION CON AIRE (POR SESION)	$319.72
MICRONEBULIZACIONES POR SESION	$356.89
MICRONEBULIZADOR ULTRASONICO (POR HORA)	$632.94
NEBULIZACION CON OXIGENO (POR 15 MIN.)	$436.42

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

NEBULIZACION ULTRASONICA {USO X SESION)	$336.82
NEBULIZADOR CON AIRE X SESION	$428.17
OXIGENO C/PRESION 10 LTS (HORA)	$53.15
OXIGENO C/PRESION 12 LTS (HORA)	$62.62
OXIGENO C/PRESION 15 LTS (HORA)	$81.75
OXIGENO C/PRESION 2 LTS /HORA)	$10.58
OXIGENO C/PRESION 3 LTS (HORA)	$18.69
OXIGENO C/PRESION 4 LTS (HORA)	$21.27
OXIGENO C/PRESION 5 LTS (HORA)	$26.57
OXIGENO C/PRESION 6 LTS (HORA)	$37.40
OXIGENO C/PRESION 7 LTS (HORA)	$37.28
OXIGENO C/PRESION 8 LTS (HORA)	$42.58
OXIGENO C/PRESION 9 LTS (HORA)	$48.31
OXIGENO CILINDRO TRASLADO	$634.31
OXIGENO EMPOTRADO LTS (12 HRS)	$1,569.23
OXIGENO EN URGENCIAS	$163.46
OXIGENO POR HORA (P)	$284.18
OXIGENO PRN CADA 12 HRS	$392.30
OXIGENO RECUPERACION	$261.53
PRESION POSITIVA INTERMITENTE POR TRATAMIENTO	$276.05
TERAPIA PERCUSIVA POR SESIÓN	$219.64
TRATAMIENTO CON GENERADOR BIPAP MAS OXIG.	$205.70
VENTILACION CPAP NASAL 335 (12 HORAS)	$205.70
VENTILACION DE TRASLADO POR HORA	$534.78
VENTILACION DE TRASLADO POR HORA INCLUYE OXIG.	$556.11
TRASLADO EN AMBULANCIA AL AEROPUERTO	$1,283.80
TRASLADO EN AMBULANCIA LOCAL	$550.20
TRASLADO FORANEO (KM)	$14.67
TRASLADO NEONATAL	$1,975.73
TRASLADO PACIENTE CRITICO (LOCAL)	$2,567.60
TRASLADO REDONDO	$779.45
BIOPSIA+S	$710.36
APLICACION DE ENEMA	$179.75
APLICACION I.M	$51.70
CAMBIO DE SONDA (PAQ.) +S	$241.47
CONSULTA MEDICA ESPECIALISTA	$413.07
CONSULTA PACIENTE EXTERNO	$266.72
CURACION MAYOR (SIN MATERIAL)	$208.08

CHRISTUS MUGUERZA®
Hospital Del Parque

CURACION MENOR (SIN MATERIAL)	$171.14
DILATACION URETRAL (PAQ.) +S	$655.12
EXTRACCION DE UÑA	$273.25
HERIDAS SUPERFICIALES DE 2.6 A 7.5 cm. (CHICA)	$624.68
HERIDAS SUPERFICIALES DE 7.6 A 12.5 cm (GRANDE)	$794.62
LAVADO GASTRICO (PAQ.)+S	$419.79
LAVADO VAGINAL (PAQ.)	$466.52
MEDICION DE T.A.	$41.66
PERFORACION DE PABELLON AURICULAR	$142.56
PUNCION +S	$401.26
RETIRO DE PUNTOS (PAQ.)	$153.42
RETIRO DE YESO	$163.76
SONDEO VESICAL (PAQ.) +S	$179.62
SUERO APLICACION (PAQ)	$556.46
TAPONEAMIENTO NASAL (PAQ.) +S	$320.42
USO SALA EXTERNOS (15 MINUTOS)	$179.52
USO SALA EXTERNOS (30 MINUTOS)	$356.65
USO SALA EXTERNOS CIRUGIA (1 HORA)	$593.87
APLICACION DE YESO+S	$543.01
CONSULTA DE NUTRICION	$209.13
MEDULA OSEA (PAQ.) +S	$675.66
VALORACION MEDICA X ADMISION	$185.18
USO TERMOMETRO CLINICO	$27.27