

SOLICITUD DE COTIZACIÓN N° 000359

UNIDAD EJECUTORA : 402 REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

NRO. IDENTIFICACIÓN : 001037

N° E/M : 00353

Señores :		R.U.C. :
Dirección :		
Teléfono :	Fax :	
Email :	Fecha :	Moneda : S/.
Concepto :	REQUERIMIENTO DE FORMATOS FUA PARA LA OFICINA EJECUTIVA DE SEGUROS DEL HRGDV-ABANCAY	

CANTIDAD REQUERIDA	UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
100	UNIDAD	475100057331	FORMATO UNICO DE ATENCION FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) TAMAÑO A4; BLOCK POR 50 UND NUMERACION (0021500 AL 26500) ORIGINAL MAS 01 COPIA AMBAS CARAS SE ADJUNTAN TERMINOS DE REFERENCIA		
				TOTAL	

Las cotizaciones a valores referenciales deben estar dirigidas a REGION APURIMAC-HOSPITAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY

Condiciones de Compra

- Forma de Pago:
 - Garantía:
 - La Cotización debe incluir el I.G.V.
 - Plazo de Entrega en N° Dias/ Ejecución del Servicio :
 - Tipo de Moneda :
 - Validez de la cotización :
 - Indicar Marca de Procedencia
 - Tipo de Cambio :
- Atentamente;

Requerimientos Técnicos:

- Descripción del ítem
- Características Adicionales



FORMATO N° 01
ESPECIFICACIONES TECNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE BIENES

Órgano y/o Unidad Orgánica:	Unidad de Seguros
Actividad del POI:	
Denominación de la Contratación:	Adquisición de formato FUA administrativo para la Unidad de Seguros del HRGDV.

XIX. FINALIDAD PÚBLICA (Obligatorio)

El presente proceso busca la adquisición de formato FUA necesarios para garantizar el adecuado registro, control y continuidad de la atención médica en la Unidad de Seguros del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.

XX. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO (Obligatorio)

Adquisición de formato FUA para la Unidad de Seguros del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay

XXI. CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DE LOS BIENES A CONTRATAR (Obligatorio)

3.1 Descripción de los bienes a contratar

Ítem	Cantidad	Unidad de medida	Descripción del bien
01	100	UNIDAD	FORAMTO UNICO DE ATENCION (FUA)- TAMAÑO A4- DE BLOCK POR 50 UND (0021500 - AL 26500) + 01 COPA AMBAS CARAS

SE AJUNTA FORMATO DE REFERENCIA:

XXII. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS (De corresponder)

NO APLICA

XXIII. ACONDICIONAMIENTO, MONTAJE O INSTALACIÓN (De corresponder)

NO APLICA

XXIV. GARANTÍA COMERCIAL (Obligatorio)

NO APLICA

XXV. MUESTRAS (De corresponder)

NO APLICA

XXVI. REQUISITOS DEL PROVEEDOR Y/O PERSONAL (De corresponder)

- Persona natural o jurídica
- Estar habilitado para contratar con el estado
- Contar con Registro Nacional de Proveedores vigente en el apartado de bienes.
- RUC Activo y Habido

XXVII. LUGAR Y PLAZO DE ENTREGA (Obligatorio)

Lugar: Se realizará la entrega en el **ALMACEN CENTRAL** del Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega - Abancay.

Plazo: Por un plazo de **03 DÍAS CALENDARIOS** a partir del día siguiente de la notificación de la orden de compra o de la suscripción del contrato, según sea el caso

XXVIII. CONFORMIDAD (Obligatorio)

La recepción y conformidad de la prestación se regula por lo dispuesto en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas. La recepción será otorgada por el encargado del Área de almacén Central del HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA y la conformidad será otorgada por el **JEFE DE ALMACEN CENTRAL Y**

DIAZ DE LA VEGA y la conformidad será otorgada por el **JEFE DE ALMACEN CENTRAL Y AREA USUARIA**, en el plazo máximo de siete (07) días computados desde el día siguiente de producida la recepción.

XXIX. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO (Obligatorio)

El pago se realiza en un **SOLO PAGO UNICO** en conformidad con lo establecido en el artículo 67 de la Ley. El HRGDV paga las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de otorgada la conformidad por parte del área usuaria y es prorrogable, previa justificación de la demora, por cinco días hábiles. LA ENTIDAD realiza el pago de la contraprestación pactada a favor del contratista en soles (S/.) con abono en cuenta bancaria (CCI), luego de la recepción formal y completa de la documentación correspondiente, según lo establecido en el artículo 144 del Reglamento de la Ley N° 32069, Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF. Para efectos del pago de las contraprestaciones ejecutadas por el contratista, LA ENTIDAD debe contar con la siguiente documentación:

- Conformidad de la recepción de los bienes
- Guía de remisión
- Comprobante de Pago -Factura

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los bienes, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

XXX. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del bien ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

XXXI. PENALIDADES (Obligatorio)

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:
En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la Entidad le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad Diaria} = 0.10 \times \text{Monto} \times \text{F} \times \text{Plazo en días}$$

Donde F tendrá el siguiente valor: 0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial, de ser el caso, que fuera materia de retraso.
Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable.
Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

XXXII. OTRAS PENALIDADES (De corresponder)

NO APLICA

XXXIII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL (Obligatorio)

Cualquiera de las partes puede resolver el contrato de conformidad con el numeral 68.1 del artículo 68 de la Ley N°32069, Ley General de Contrataciones Públicas.
De encontrarse en alguno de los supuestos de resolución del contrato, LAS PARTES proceden de acuerdo a lo establecido en el artículo 122 del Reglamento de la Ley N° 32069 , Ley General de Contrataciones Públicas, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2025-EF.

XXXIV. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO (Obligatorio)

A la suscripción del contrato o de la formalización de la Orden, el Contratista declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, al (los) evaluador (es) del proceso de contratación o cualquier servidor de EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o

GUBERNATORIO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA
H.R.G.D.V.
Mg. Dely E. Acosta Vera
N° 001095 CEP 17100
JEFA UNIDAD DE SEGUROS

cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA.

Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XXXV. SOLUCION DE CONTROVERSIAS (Obligatorio)

Todos los conflictos que se deriven de la ejecución e interpretación de la presente contratación, son resueltos mediante trato directo y conciliación.

XXXVI. GESTIÓN DE RIESGOS (De corresponder)

(Identificar los riesgos que pueden presentarse durante el proceso de contratación, con especial énfasis en la ejecución contractual; así como identificar responsabilidades de las partes.)

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC
DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC
HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
M.S.D.V.
MG
JEFE E. ACOSTA Vera
RUC 001005 CEP 12100
JEFE UNIDAD DE SEGURIDAD

Firma
Área usuaria o técnica estratégica



PERU

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

del 21,500 al 26,500

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

00007719

26

Nº 00021500

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

00007719

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

PERSONAL QUE ATIENDE

LUGAR DE ATENCIÓN

ATENCIÓN

REFERENCIA REALIZADA POR

DE LA IPRESS	X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	Nº HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE			EXTRAMURAL		REFERENCIA			
OFERTA FLEXIBLE					EMERGENCIA			

IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

ASEGURADO DE OTRA IAFA

TDI	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN	ASEGURADO DE OTRA IAFA
				COD. SEGURO	
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
PRIMER NOMBRE			OTROS NOMBRES		

SEXO

FECHA

DIA

MES

AÑO

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

ETNIA

MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO							
FEMENINO								
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
GESTANTE							DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	

DE LA ATENCIÓN

FECHA DE ATENCIÓN			HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA	MES	AÑO	
DIA	MES	AÑO						DE INGRESO				
								DE ALTA				
REPORTE VINCULADO			CÓD. AUTORIZACIÓN	Nº FUA A VINCULAR				DE CORTE ADMINISTRATIVO				

CONCEPTO PRESTACIONAL

SEPELIO

ATENCIÓN DIRECTA								NATIMUERTO	OBITO	OTRO
------------------	--	--	--	--	--	--	--	------------	-------	------

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
------	------	-----------------	------------	----------	------------------	----------------------	------------------	-----------	----------------

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE

Nº HOJA DE REFER / CONTRARR.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

VACUNAS Nº DE DOSIS

PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	IMC (kg/m²)	PAB (cm)	BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC
CPN (Nº)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°	PAB (cm)	EVALUACIÓN INTEGRAL	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA
EDAD GEST	APGAR 1° 5°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI	ADULTO MAYOR	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD SI NO
ALTURA UTERINA		BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL		SPR	DT ADULTO (Nº DOSIS)	VPH
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordon (2 o 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	HVB	PENTAVAL	
CONTROL PUERP (Nº)	HB GLICOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)	DEPURACION DE CREATININA (ml/min)	PAT. NOR.	GRUPO DE RIESGO HVB	GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES	

DIAGNÓSTICOS

Nº	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO		
		TIPO DE DX	CIE - 10		TIPO DE DX	CIE - 10	
1		P	D	R		D	R
2		P	D	R		D	R
3		P	D	R		D	R
4		P	D	R		D	R
5		P	D	R		D	R

Nº DE DNI

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Nº DE COLEGIATURA

--	--	--	--	--	--	--	--

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

ESPECIALIDAD

Nº RNE

EGRESADO

1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO.

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

DNI o CE DEL APODERADO:

Huella Digital del Asegurado o

PRODUCTOS FARMACEUTICOS/MEDICAMENTOS

CODIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	COD	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
0091	ACIDO ACETIL SALICILICO	TAB	100 mg				3758	GLIBENCLAMIDA	TAB	5 mg			
0627	AMIKACINA	INY	500 mg				3921	HIDROCLOROTIAZIDA	TAB	25 mg			
0794	AMOXICILINA	FCO	250 mg				3952	HIDROCORTISONA	AMP	100 mg x 2 ml			
0808	AMOXICILINA	TAB	500 mg				4024	IBUPROFENO	FCO-SUS	100mg/5mL x 60mL			
0830	AMPICILINA SODICA	AMP	1g				4034	IBUPROFENO	TAB	400 mg			
0903	ATORVASTATINA	TAB	20 mg				4677	METAMIZOL SODICO	AMP	1g/ 2ml			
0909	ATROPINA SULFATO	AMP	500 ug x 1 ml				4696	METFORMINA CLORHIDRATO	TAB	850 mg			
1467	CALCIO GLUCONATO	AMP	100 g/ml x 10 ml				4701	METILDOPA	TAB	250 mg			
1522	CAPTOPRIL	TAB	25 mg				4743	METOCLOPRAMIDA CLORHIDRATO	AMP	5 mg/ ml x 2 ml			
1532	CARBAMAZEPINA	TAB	200 mg				4776	METRONIDAZOL	FCO-INY	500 mg x 100 ml			
1636	CEFALEXINA	TAB	500 mg				4805	METRONIDAZOL	TAB	500 mg			
1639	CEFAZOLINA	INY	1g				4982	NAPROXENO(COMO SAL SODICA)	TAB	500 mg			
1684	CEFTRIAXONA SODICA	AMP	1g				5018	NIFEDIPINO	TAB	10 mg			
1837	CIPROFLOXACINO	FCO-INY	200 mg x 100 ml				35040	OMEPRAZOL	TAB	20 mg			
1846	CIPROFLOXACINO	TAB	500 mg				5151	OMEPRAZOL(COMO SAL SODICA)	AMP	40 mg			
1964	CLINDAMICINA(CLORHIDRATO)	TAB	300 mg				5211	OXACILINA	AMP	1g			
1958	CLINDAMICINA(FOSFATO)	AMP	600 mg x 4 ml				5229	OXIBUTININA CLORHIDRATO	TAB	5 mg			
2055	CLORANFENICOL	TAB	500 mg				5309	PARACETAMOL	FCO	120mg/5mL x 60mL			
2128	CLORFENAMINA MALEATO	AMP	10mg/mL x 1mL				5335	PARACETAMOL	TAB	500mg			
2144	CLORFENAMINA	JBE	60 mg/5 ml/60 ml				5551	POTASIO CLORURO	AMP	20 g/100 ml x 10 ml			
2149	CLORFENAMINA MALEATO	TAB	4 mg				5587	PREDNISONA	FCO-JBE	5 mg 5ml x 60 ml			
2642	DEXAMETASONA	AMP	4 mg/mL x 2ml				5590	PREDNISONA	TAB	50 mg			
2654	DEXAMETASONA	TAB	0.5 mg				5658	RANITIDINA(COMO CLORHIDRATO)	AMP	25 mg/mL x 2ml			
3787	DEXTROSA	INY	333 mg/33%				5661	RANITIDINA	TAB	300mg			
3789	DEXTROSA	FCO-INY	5g/ 100 ml(5%)				5889	SODIO CLORURO	AMP	20g/ 100 ml (20%)			
2752	DIAZEPAN	AMP	5 mg/ ml x 2 ml				3515	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	TAB	800 mg + 160 mg			
2788	DICLOFENACO SODICO	AMP	25mg/mL x 3mL				5986	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	JBE	200+40mg/5mL x 60mL			
2830	DICLOXACILINA	SUS	250mg/5mL x 60mL				41445	TAMSULOSINA CLORHIDRATO	TAB	400 mg			
2836	DICLOXACILINA(COMO SAL SODICA)	TAB	500 mg				6111	TETRACICLINA CLORHIDRATO	POT-UN	1g/100g x 6g			
2862	DIGOXINA	TAB	250 mg				6231	TRAMADOL	AMP	50 mg/mL			
2884	DIMENHIDRINATO	AMP	50mg x 5mL				6239	TRAMADOL	TAB	50mg			
2891	DIMENHIDRINATO	TAB	50 mg				17771	VALPROATO SODICO	JBE	250 mg/5 ml x 120 ml			
3018	DOXICICLINA	TAB	100 mg				6466	VALPROATO SODICO	TAB	500 mg			
3078	ENALAPRIL MALEATO	TAB	10 mg				6502	WARFARINA SODICA	TAB	6 mg			
3213	ESCOPOLAMINA N-BUTILBROMURO	AMP	20mg/mL x 1mL				24760	ORFENADRINA CITRATO	TAB LM	100 mg			
3215	ESCOPOLAMINA	TAB	10 mg				05156	ORFENADRINA CITRATO	INY	2 ml/30mg/ml			
3443	FENITOINA SODICA	AMP	100 mg x 2 ml				08140	Oxigeno Medicinal	LTS/m ³				
3576	FITOMENADIONA	INY	10mg/mL x 1mL										
3710	FUROSEMIDA	AMP	10 mg/ ml x 2 ml										
3735	GEMFIBROZILLO	TAB	600 mg										
3747	GENTAMICINA COMO SULFATO	AMP	80 mg/ ml x 2 ml										

INSUMOS COMPLEMENTARIOS

CODIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CODIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
15288	BRAZALETE DE IDENTIFICACION PARA NIÑA(ROSADO)		UNI				10554	CLAMP UMBILICAL DESCARTABLE		UNI			
15287	BRAZALETE DE IDENTIFICACION PARA NIÑO(CELESTE)		UNI				16737	LLAVE DE TRIPLE VIA DESCARTABLE		UNI			
							10938	EQUIPO MICROGTEO CON VOLUTROL		UNI			

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS DE MAGENES/LABORATORIO

CODIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CODIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES
82948	Dosaje de Glucosa en tira Reactiva					99234	Atencion En Sala De Observacion(*)				
82150	Amilasa Serica					99460	Atencion Inmediata Recien Nacido				
82248	Bilirubina Directa					59515	Cesarea				
82565	Creatinina					57452	Colposcopia				
82947	Glucosa Cualitativa En Sangre					51702	Colocacion De Sonda Foley				
84520	Urea					99188.01	Colocacion De Sonda Nasogastrica				
85027	Hemograma Completo					99221	Cuidados Hospitalarios Iniciales				
85018	Hemoglobina					87070	Cuillulo Bacteriano (No Sangre, Orina, Heces)				
83036	Hemoglobina Glicosilada					15854	Curacion De Heridas Pequeñas Menor De 5 Cm				
83615	Deshidrogenasa Lactica (DHL)					99262	Dias De Hospitalizacion				
81001	Examen De Orina Automatizado Con Microscopio					76700	Ecografia Abdominal				
86703	Elisa Prueba Rápida Para Hiv-1 Y Hiv-2					76805	Ecografia Obstétrica				
86592	Prueba De Sifilis Cualitativa(VDRL, RPR, ART)					76356	Ecografia Pélvica				
87340	Hepatitis B, Deteccion Y Antigeno De Superficie (HBs Ag)					76770.01	Ecografia Renal				
86900	Examen De Grupo Sanguineo					76872	Ecografia Transrectal Prostática				
86901	Examen De Factor Rh					76817	Ecografia Transvaginal Obstétrica				
82803.01	Gases Arteriales Y Electroitos (Dispositivo Portatil)					76830	Ecografia Transvaginal (No Obstétrica)				
85014	Hematocrito					76880	Ecografia no Vasculat de Extremidades				
87040	Hemocultivo Y Antibiograma					93000	Electrocardiograma				
80076	Períl Hepático (Tgo, Tgp, Gtp, Bilirubinastotal Y Fraccionadas, ..)					99199.01	Riesgo Quirúrgico				
80061	Períl Lipídico (Colesterol Total, Hdl, Ldl, Vldl, Triglicéridos Y Lípidos, ..)					01987	Evaluación Preanestésica				
84703	Gonadotropina Coriónica (BHCG) Cualitativa					43235	Endoscopia Gastrointestinal Alta				
86140	Proteína C-Reactiva					59872	Evacuación Oblio Fetal				
85551	Velocidad De Sedimentacion Globular (Vsg)					96366	Infusión Intravenosa				
80063	Períl de Coagulación					90784	Inyeccion Terapeutica O Diagnostico Intravenosa				
85002	Tiempo De Coagulación Y Sangría					90782	Inyeccion Terapeutica O Diagnostico Subcutanea O Intramuscular				
87177	Parasitológico Seriado					59812	Legrado Uterino				
89055	Evaluacion de Leucocitos en Heces					91105	Lavado Gástrico Por Sonda Nasogastrica				
87087	Urocultivo Y Antibiograma					94640	Nebulización Con Presion Positiva Intermitente				
29075	Aplicación de Yeso Corto de Brazo O Pierna					92225	Oftalmoscopia Directa E Indirecta				
29065	Aplicación de Yeso de Hombro A Mano					59410	Parto Vaginal				
29085	Aplicación de Yeso de Mano A Antebrazo Bajr(Guanle)					15851	Retiro De Puntos				
29345	Aplicación de yeso largo para la pierna(Musto A Tobillo A Dedos)					29700	Remoción De Yeso				
29405	Aplicación de yeso de rodilla a dedo de Pie					72080	Rx. Columna Dorso Lumbar(2 Placas)				
29505	Aplicación de ferula larga para la pierna					70250	Rx. Craneo Frontal Y Perfil(2 Placas)				
29105	Aplicación de ferula larga para el brazo					72170	Rx. Pelvis(1 Placa)				
29125	Aplicación de ferula corta para el brazo					74020	Rx. Simple De Abdomen De Pie				
99285	Atencion de Emergencia(Prioridad 1)					73590	Rx. Tíbia Peroné(2 Placas)				
99284	Atencion de Emergencia(Prioridad 2)					71030	Rx. Torax Frontal Y Lateral				
99282	Atencion de Emergencia (Prioridad 3)					12001	Sutura Simple De Heridas Superficiales De 2.5 Cm O Menos				
99236	Atencion en Sala de Trauma Shock					12002	Sutura Simple De Heridas Superficiales De 2.6 Cm A 10 Cm				
70450	Tomografía Axial computarizada de Cerebro s/c					12005	Sutura Simple De Heridas Superficiales Mayor A 10 Cm				
70460	Tomografía Axial computarizada de Cerebro c/c					59025	Test No Estresante				
74150	Tomografía Computarizada de Abdomen s/c					59813	Aspiracion Manual Endouterina (AMEU)				
74160	Tomografía Computarizada de Abdomen c/c					59160	Legrado Post Parto				
						59300	Episiotomia				
						99206	Atencion de Enfermeria en II				
						88302	Estudio Macro y Microscopico de Pieza Operalloria				
						99701	Contrarreferencia				
						15859	Retiro de Cateter (CVP, CVC, SF, SNG, SOG)				

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL MEDICAMENTOS, INSUMOS Y APOYO PROCEDIMIENTOS

CODIGO	NOMBRE	CARACT	IND	PRES	ENTR	DX	RES	N°	PO

OBSERVACIONES

FIRMA ASEGURADO APODERADO

APODERADO NOMBRES Y APELLIDOS

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento Farmacia, Laboratorio, Rx, Ecografias