CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, URGENCIAS Y CAUSES DE OFTALMOLOGIA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO, EN LO SUCESIVO "EL ORGANISMO", REPRESENTADO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL DR. CELSO DEL ANGEL MONTIEL HERNÁNDEZ, Y POR LA OTRA, LA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA DENOMINADA "CRUZ ROJA MEXICANA I.A.P.", DELEGACIÓN GUADALAJARA, EN ADELANTE "LA SUBROGATARIA", REPRESENTADA EN ÉSTE ACTO POR EL LIC. MIGUEL ÁNGEL DOMÍNGUEZ MORALES, EN SU CARÁCTER DE DELEGADO ESTATAL Y APODERADO GENERAL, AL TENOR DE LOS ANTECEDENTES, DECLARACIONES Y CLÁUSULAS SIGUIENTES:

A N T E C E D E N T E S:

I. El artículo 5° de la Ley General de Salud estatuye que el Sistema Nacional de Salud se integra por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local y las personas físicas y morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, teniendo por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

II. El artículo 8° de la Ley General de Salud, determina que con propósitos de complemento y de apoyo recíproco, se delimitarán universos de usuarios y las instituciones de salud podrán llevar a cabo contratos de subrogación de servicios.

III. Que para efectos de realizar la contratación y contar con los Servicios Requeridos y debido a la saturación de las Unidades Hospitalarias de atención médica de **"EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZÁDO SSJ"**, y previniendo daños a la salud a los afiliados al REGIMEN ESTATAL MDE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD y, por no contar en éste momento con infraestructura suficiente que dé respuesta a la demanda, aunado al incremento de afiliaciones y a la meta propuesta por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y de llegar a una cobertura Universal, los abajo firmantes, han determinado que es necesario contratar los Servicios Médicos que oferta la Cruz Roja Mexicana I.A.P.; y se otorgue el Servicio de Atención Médica de Primero y Segundo Nivel de Atención Médica y Urgencias, a través de las Unidades con las que cuenta, toda vez que tiene capacidad para brindar dicho servicio, con atención en las cuatro especialidades básicas y en las intervenciones que se comprometen en el "CAUSES".

DECLARACIONES:

I.- "EL ORGANISMO", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

I.1.- Es un Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, creado mediante Decreto de Ley publicada en el Periódico Oficial del el Estado de Jalisco, con fecha del 09 de Septiembre de 2015 con personalidad jurídica y patrimonio propios, con atribuciones para realizar aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes afiliados al REGIMEN ESTATAL DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD DE JALISCO (SEGURO POPULAR).

I.2.- Tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 18, de la Ley que lo crea, y a lo establecido en el "Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en el Estado de Jalisco, celebrado entre la Federación y el Estado de Jalisco con fecha 10 de Marzo de 2015;

I.3.- Su Director General fue designado el día 19 de abril de 2016, por el C. Lic. Jorge Aristóteles Sandoval Díaz, Gobernador Constitucional del Estado y está facultado para suscribir el presente instrumento conforme a lo dispuesto por el artículo 18, fracciones II, III y XI de la Ley de su creación y a la autorización otorgada por su Junta de Gobierno, a través del Acuerdo del punto 4 (cuatro), aprobado en la Sesión Ordinaria, celebrada el DÍA 30 de Octubre de 2015.

I.4.- Este contrato, ha sido adjudicado mediante el procedimiento de Adjudicación Directa en los términos de los artículos 13, fracción I de la Ley de Adquisiciones y Enajenaciones del Gobierno del Estado de Jalisco, según consta en **Acuerdo de Adjudicación No. O.P.D.REPSS, JAL. DAA.021/2016.**

I.5.-Dispone del recurso presupuestal para las erogaciones del presente contrato, según consta en la Requisición de Compra y Asignación Presupuestal, número de solicitud 129, folio S0065.

1.6.- Cuenta con la capacidad y representación legal necesarias para la celebración del presente convenio, en los términos de las disposiciones jurídicas aplicables.

II.- "LA SUBROGATARIA", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

II.1. La **"CRUZ ROJA MEXICANA"**, es reconocida como una Institución de Utilidad Pública creada mediante Decreto Presidencial No. 401, de fecha 21 de febrero de 1910, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de marzo.

II.2. Es una Persona Moral, **"INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA"** constituida conforme a las leyes mexicanas, que dentro de su objeto social es:

II.3. La de proporcionar toda clase de servicios médicos hospitalarios en general tratamientos y exámenes clínicos para clínicos, diagnósticos de enfermedades, investigación y análisis de laboratorio.

II.4. Que cuenta con la licencia Sanitaria 0000042.Expedida en los términos de la Ley de Salud el día 28 de abril de 2008.

II.5. Que su Registro Federal de Contribuyentes es: CRM6702109K6.

III.- AMBAS PARTES, A TRAVÉS DE SUS REPRESENTANTES, DECLARAN QUE:

III.1.- Tienen a la vista los documentos descritos en el presente documento, en los cuales se desprenden las facultades y atribuciones con las que comparecen a la celebración de este instrumento, por lo que una vez leídos éstos, se reconocen recíprocamente la capacidad legal con que se ostentan y,

III.2.- Comparecen a este acto en plenitud de facultades, de manera libre y espontanea y,

III.3.- Convienen en celebrar el presente contrato sujetándose libremente al tenor de las siguientes:

C L Á U S U L A S:

PRIMERA. - OBJETO. - Por virtud del presente contrato **"LA SUBROGATARIA"** se obliga a prestar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, los servicios de atención médica de Primero y Segundo Nivel de Atención, de Urgencias y CAUSES Oftalmológico, que se relacionan en el **ANEXO 1 y procedimientos enlistados en el ANEXO 2,** que en contraprestación, **"EL ORGANISMO"** otorgue a **"LA SUBROGATARIA"** las cuotas correspondientes, que se detallan en el **ANEXO 2** de este instrumento.

SEGUNDA.- VIGENCIA.- La vigencia de este contrato iniciará a partir del 1 de septiembre de 2016 y fenecerá el 31 de diciembre del mismo año.

La vigencia será la que se indica en el párrafo anterior, no obstante la fecha de suscripción del presente contrato.

TERCERA.- ESPECIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS.- Los servicios que **"LA SUBROGATARIA"** se obliga a otorgar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, serán los que se en listan en el **ANEXO 1** y procedimientos del **ANEXO 2.**

I.- Consulta externa general y de Especialidad.

II.- Atención Médica Preventiva, Curativa y de Rehabilitación el Primero, Segundo Nivel de Atención así como Urgencias, Cirugía y CAUSES oftalmológico.

III.- Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

IV.- Hospitalización.

V.- Los demás que se deriven de los anteriores y que sean indispensables para el cumplimiento de los mismos.

VI.- Los servicios, estudios, exámenes o procedimientos que se deriven por parte de "LA SUBROGATARIA" necesarios para otorgar la atención integral y que en ese momento no se cuenten con ello por falta de material o descomposturas, el gasto será con cargo para esta..

Para la Especialidad de Oftalmología:

I.- La Consulta de Especialidad en Oftalmología que requiera cirugía de catarata en cualquiera de sus técnicas: Extracapsular o Facoemulsificación; pterigión o glaucoma.

II.- la atención médica pre, trans y post-quirúrgica de los pacientes que requieren ser sometidos a procedimientos de cirugía mayor ambulatoria, en la Especialidad de oftalmología. **Intervención 287 "Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Cataratas".**

III.- Los servicios auxiliares del diagnóstico y tratamiento para Catarata:

- Cálculo de lente intraocular
- Ecografía ocular modo A y B
- Microscopía especular del
- Endotelio corneal
- Queratometría
- Tonometría ocular
- Valoración de segmento anterior y Posterior.

IV.- Los demás que se deriven de los anteriores y que sean indispensables para el cumplimiento de los mismos.

Para Tratamiento quirúrgico de Pterigión (intervención 265); estudios de laboratorio generales.

Para la intervención 264 Tratamiento quirúrgico de Glaucoma incluye la tonometría.

Con la finalidad de otorgar a los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud, cobertura oportuna de las intervenciones comprometidas en las actualizaciones y adiciones del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES); las partes acuerdan que el **ANEXO 1**, y tabuladores podrán ser modificados, adicionados y/o actualizados con la periodicidad que para el efecto establezca la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, en cuyo caso bastara que **"EL ORGANISMO" informe por escrito a "LA SUBROGATARIA"** sobre la modificación y vigencia del mismo. Las intervenciones adicionadas en el **ANEXO 1,** no contempladas en el **ANEXO 2** no serán materia del presente instrumento.

Los servicios mencionados serán proporcionados con materiales, insumos y personal propio de **"LA SUBROGATARIA"**, en los términos que se relacionan en el **ANEXO 1 y LISTADO DE ANEXO 2** del presente instrumento.

Los días de estancia se deberán apegar al "promedio día estancia hospitalaria" de **"EL ORGANISMO"** y deberán contabilizarse en los términos que dispone la Norma Oficial Mexicana *"NOM-035-SSA3-2012 "En materia de información en salud"*.

El cobro que realice **"LA SUBROGATARIA"** bajo la modalidad de **"Hospitalización Día Integral",** obliga al mismo a proporcionar al afiliado la totalidad de los insumos, estudios y servicios de atención medica necesarios para su atención y tratamiento, desde el ingreso hospitalario hasta el alta del paciente, de conformidad con los protocolos de atención medica vigentes y sin costo alguno para los afiliados; si por eventos supervenientes o circunstancias no contempladas, **"LA SUBROGATARIA"** no pudiera otorgar la totalidad de los servicios contemplados bajo esta modalidad y requiriera la intervención de un tercero para el efecto, se obliga a realizar las gestiones necesarias que le permitan ofertar los servicios sin costo para el afiliado o en su caso, realizar al afiliado el reintegro de la totalidad del monto erogado por su atención ante un tercero, mediante el procedimiento establecido por **"LA SUBROGATARIA".**

Los servicios materia de este instrumento jurídico se presentaran, en el siguiente domicilio:
Juan Manuel N° 52, Col. Centro, Guadalajara, Jalisco C.P. 44100 Tel. 358680042 al 49.El servicio tendrá cobertura las 24 veinticuatro horas del día, todos los días de vigencia del presente contrato, con excepción de los servicios programados de que requieran previa cita o registro por parte del afiliado y Cruz roja Toluquilla: Domicilio Periférico Sur sin número esquina Acueducto col."Toluquilla" Tlaquepaque.

CUARTA.- CALIDAD DE LOS SERVICIOS.- La calidad de los servicios otorgados por **"EL SUBROGATARIO"** deberá ser igual o superior a los prestados por **"EL O.P.D. SS, JAL".**

El personal profesional, técnico y auxiliar que utilice **"LA SUBROGATARIA"** deberá tener la capacidad técnica y requisitos académicos que señale la normativa jurídica en la materia.

Los insumos, medicamentos, alimentos y material de curación, que se utilicen en la atención de los afiliados deberán contar con la calidad sanitaria que establezca en la normativa aplicable y de conformidad con el Cuadro Básico de Medicamentos vigente.

Los expedientes clínicos que comprueben los servicios otorgados por **"LA SUBROGATARIA"** a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, bajo los términos del presente contrato, deberán contener los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico. Así mismo **"LA SUBROGATARIA"** se obliga a especificar el número de la intervención o clave del tabulador en los formatos utilizados tanto para la atención médica como para la solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete que con motivo del presente instrumento se requieran. También se obliga a tener en resguardo los expediente clínicos en los cuales se registraron las atenciones proporcionadas a los afiliados al Seguro Popular y ponerlos a disposición de los diferentes órganos fiscalizadores cuando le sean requeridos.

"LA SUBROGATARIA" se obliga a utilizar y requisitar de forma completa y correcta los formatos de Receta Médica **ANEXO 3** de **"EL ORGANISMO"**, para ello, **"LA SUBROGATARIA"** se obliga a solicitar a la oficina de estadística y Diseño dependiente del departamento de estadística de la Dirección General de Planeación, el formato en comento, así como los números de folio de los mismos, los cuales serán impresos por cuenta y cargo de **"LA SUBROGATARIA".**

"LA SUBROGATARIA" deberá mantener la garantía de la calidad tanto de su unidad como de los servicios, de conformidad con las normas y guías de práctica clínica descrita en causes vigente.

"**LA SUBROGATARIA**" deberá notificar de manera impresa y en medio electromagnético a "**EL ORGANISMO**" la información correspondiente a la certificación, re certificación, acreditación o monitoreo aplicado a su unidad "LA SUBROGATARIA" deberá mantener la calidad tanto de su Unidad como de los servicios, durante la vigencia del presente contrato, en caso de no contar con dictamen de acreditación, deberá demostrar que se encuentra en proceso de obtenerla por medio del Programa Anual de Acreditación vigente, notificando oportunamente a "EL ORGANISMO" el estatus del proceso.

"LA SUBROGATARIA" se obliga a proporcionar a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, trato digno y atención médica efectiva, ética y segura; misma que deberá ser verificable a través del "Expediente Clínico Integrado y de Calidad", como elementos que definen la Calidad de su unidad. Otorgando capacitación a su personal en lo concerniente a temas Bioéticos (Derechos de los: Pacientes, Derecho de los Beneficiarios) de los afiliados al Seguro Popular, de los médicos de enfermería, código, para el personal de salud.

QUINTA.- SERVICIOS EXCLUIDOS.- "LA SUBROGATARIA" no cubrirá servicios que no se incluyan en el **ANEXO 1, ni los procedimientos enlistados en su ANEXO 2**, tampoco atenciones de tercer nivel de atención médica, cirugía de corazón abierto, trasplantes, servicios de terapia intensiva, prótesis, órtesis, ni traslados fuera de la unidad hospitalaria.

SEXTA.- ESPECIFICACIÓN DE LAS CUOTAS.- "EL ORGANISMO" otorgará a **"LA SUBROGATARIA"** las cuotas por evento detalladas en el **ANEXO 2; para el caso de los pacientes que ingresen a hospitalización la atención será integral conforme se describe** en el **ANEXO 1.**

Para el caso de la intervención de Diagnóstico y Tratamiento de Catarata, pterigión y glaucoma **"EL ORGANISMO"** pagará a **"LA SUBROGATARIA"** por cada afiliado que reciba atención médica integral, incluyendo medicamentos, auxiliares de diagnóstico, estudios preoperatorios e insumos que se detallan en las intervenciones 265, **para Pterigión, la 264 para Glaucoma y 287 para catarata** la cantidad de **$ 6,586 (Seis mil quinientos ochenta y seis Pesos 00/100 M.N.).**

Las cuotas indicadas incluyen I.V.A y retribuyen a **"LA SUBROGATARIA"** por todos los servicios que preste en los términos de este Contrato, por lo que no tendrá derecho a exigir ninguna otra percepción distinta a las enumeradas en el presente contrato.

En todo caso, durante todo el tiempo de vigencia de este contrato, la cantidad total que " **EL ORGANISMO"** pagará a **"LA SUBROGATARIA"** con motivo de este Contrato, no deberá exceder la cantidad presupuestalmente autorizada, cuyo monto es de **$3´999,999.00(Tres Millones Novecientos Noventa y Nueve Mil Novecientos Noventa y Nueve Pesos 00/100 M.N.).** Incluido el importe del impuesto al valor agregado I.V.A.

"LA SUBROGATARIA" se obliga en llevar un balance del presupuesto otorgado e informar a **"EL ORGANISMO"** cuando por la prestación de los servicios contratados haya agotado el 85 % (ochenta y cinco por ciento) del presupuesto asignado indicado en el párrafo anterior; en el entendido que una vez agotado el 100% (cien por ciento) de la cantidad presupuestalmente autorizada suspenderá la prestación del servicio hasta en tanto **"EL ORGANISMO" en virtud de la demanda, autorice la continuación de los mismos.**

SÉPTIMA.- COMPROBACIÓN DE LOS SERVICIOS.- Los servicios otorgados a los Afiliados al Sistema de Protección Social en Salud, deberán ser comprobados oportunamente por **"LA SUBROGATARIA"** ante **"EL ORGANISMO"** a través del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS), durante los primeros 10 diez días hábiles del mes inmediato posterior al que fueron otorgados dichos servicios. Los siguientes documentos deberán presentarse escaneados

1.- Documento: Oficio original en hoja membretada dirigido al Director General del OPD REPSS Jalisco que contenga signas del Director y/o el representante legal de **"LA SUBROGATARIA"**, especificando el número de servicios, con la cantidad correspondiente.

2.- Concentrado de Servicios: Mediante el Formato Único de Comprobación **ANEXO 4A para el los registros de primero, segundo nivel de atención, urgencias, cirugía y procedimientos; ANEXO 4B** para CAUSES Oftálmico. Debidamente signado por el Director Médico y/o representante legal de **"LA SUBROGATARIA"** y visto bueno del Gestor Médico del OPD REPSS jalisco, anexando CD que contenga archivo digital del mismo.

3.- Documentación: Del Soporte de Servicio Otorgado de cada paciente con archivo escaneado de la misma, (quedando bajo resguardo los originales en las unidades médicas en donde se otorgó el servicio) consistente en:

a).- Copia simple de la Póliza de Afiliación vigente del afiliado, debidamente firmada por el titular de la misma o su huella dactilar y en caso de que no sea así, deberá firmar persona adulto que se encuentre inscrito en la póliza correspondiente.

b).- Copia simple de Identificación oficial del beneficiario con fotografía que requiere la atención médica IFE y/o INE, INSEN, INAPAM, Pasaporte, Carta de Identidad emitida por el municipio y/o de Residencia DIF/IJAS, Tarjeta de Residente Temporal o Permanente (extranjeros) del Instituto Nacional de Migración y para los menores de edad CURP o certificado o acta de nacimiento en copia según sea el caso.

c).- Original de documento médico institucional que avale la atención otorgada, debidamente requisitado, signado por el médico tratante de **"EL SUBROGATARIO"**, con sello de la misma. Para el caso de Oftalmología en resumen medico **ANEXO 5** proporcionada por el OPD REPSS Jalisco.

d) Para los pacientes ambulatorios que reciban el servicio por exámenes de laboratorio o estudios de gabinete se deberá anexar la solicitud y recibo de cobro (escaneado).

Lo anterior, en el entendido que **"LA SUBROGATARIA"** deberá contar la documentación soporte anterior mente citada en físico y con el original de los diferentes formatos que integran el expediente clínico, así mismo los pacientes que reciban **atención ambulatoria, en la consulta externa o urgencias** deberán contar con el documento médico respectivo de la institución en donde registren los servicios otorgados que soporte la atención brindada, el cual podrá en cualquier momento ser requerido por **"El ORGANISMO". En el caso de los pacientes ambulatorios** que requieran estudios de laboratorio o gabinete deberá estar relacionado en el anexo 4A.

En caso de que **"LA SUBROGATARIA"** incurra en falta o mora en la comprobación de los servicios se considerara dicho comprobación como extemporánea, misma que pudiera conllevar a mora en el pago sin responsabilidad para **"EL ORGANISMO".**

Aquellas observaciones físicas o electrónicas que con motivo de la comprobación de los servicios otorgados emita **"EL ORGANISMO"**, deberán ser atendidas y aclaradas por **"LA SUBROGATARIA"** antes del próximo mes de comprobación por el medio que para el efecto se establezca y en su caso mediante el envío que realice **"LA SUBROGATARIA"**, de la documentación física que le sea solicitada por **"EL ORGANISMO"**, una vez transcurrido este plazo y no sean aclaradas las observaciones se entenderá que no hay soporte para estos servicios, excluyéndose de la comprobación presentada y no serán materia de pago.

De conformidad con el *"Convenio Marco de Colaboración y Coordinación en Materia de Prestación de Servicios Médicos y Compensación Económica entre Entidades*

Federativas por la Prestación de Servicios de Salud", publicado en el Diario Oficial de la Federación de fecha 04 de Marzo de 2008 y demás disposiciones vigentes en la materia, **"LA SUBROGATARIA"** deberá apegarse en todo momento a los lineamientos, plazos y criterios establecidos por **"EL ORGANISMO"** para la comprobación de los servicios otorgados a pacientes beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud.

OCTAVA.- LUGAR Y FORMA DE PAGO. "EL ORGANISMO" El pago se realizará de acuerdo a la disposición presupuestal de "EL ORGANISMO" dentro de lo siguientes 30 días naturales posteriores a la recepción de la factura y la relación de servicios debidamente validados, mediante cheque o transferencia bancaria a la cuenta que el proveedor previamente señale para tal efecto. Si el pago fuera en cheque este se entregará en el término estipulado con antelación en las oficinas de "ORGANISMO", cita en Chapultepec número 113, Col. Ladrón de Guevara, Guadalajara, Jalisco, segundo piso Contra el acuse del mismo, los servicios no comprobados dentro del periodo mensual correspondiente, no podrán pagarse en diverso periodo, así como las comprobaciones que no sean subsanadas en el término concedido para ello.

NOVENA.- SUPERVISIÓN Y VIGILANCIA DE LOS RECURSOS.- De conformidad con la Ley de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, el Reglamento de la misma, así como la ley de transparencia e Información Pública del Estado de Jalisco y Municipios, "LA SUBROGATARIA" se obliga a realizar la comprobación y publicación de los recursos que con motivo del presente instrumento le sean transferidos, asumiendo la responsabilidad de manera directa e independiente sobre la omisión a lo establecido en los citados ordenamientos y demás relativos y aplicables.

DÉCIMA.- REFERENCIA Y TRASLADOS.- "LA SUBROGATARIA" sólo dará servicio, en los términos de este contrato, a los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud. En el caso que un paciente requiera ser enviado a otro Nivel de Atención, deberá ser regulado por **"LA SUBROGATARIA"** utilizando documentación de su institución (nota de traslado) dejando constancia en el expediente incluyendo el número de la regulación.

Aquellos afiliados que requieran atención quirúrgica de ortopedia y traumatología contemplados en el **ANEXO 1** de este contrato, deberán ser intervenidos y/o atendidos dentro de las primeras 48 cuarenta y ocho horas a su ingreso, de lo contrario deberán ser referidos a un tercero mediante el mecanismo establecido en el párrafo anterior para su oportuna atención.

Aquellos Afiliados cuya intervención quirúrgica de Hernias y Colecistectomía se encuentren programados con diferimiento mayor a 15 quince días naturales, deberán ser referidos a un tercero mediante el mecanismo señalado en la presente cláusula.

DÉCIMA PRIMERA.- OBLIGACIONES LEGALES DE LA ATENCIÓN MÉDICA.- En los términos de la Ley General de Salud, de su Reglamento en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y de las Normas Oficiales Mexicanas correlativas, **"LA SUBROGATARIA"** deberá cumplir con las formalidades establecidas en cuanto al ingreso del usuario, la información que tiene derecho a recibir, el expediente clínico, el tratamiento

terapéutico, el egreso y las demás actividades y procedimientos relacionados con la atención que recibe.

DÉCIMA SEGUNDA.- RESPONSABILIDADES.- "LA SUBROGATARIA" asume toda responsabilidad civil, penal, administrativa o de cualquier otra índole que pudiera surgir con motivo de la atención médica brindada a los afiliados.

Asimismo, **"LA SUBROGATARIA"** se obliga a mantener en adecuado estado de conservación, higiene y seguridad sus instalaciones, y asume toda responsabilidad que pudiera derivar por insalubridad, inseguridad o falta de mantenimiento.

"LA SUBROGATARIA" utilizará personal propio en la prestación de los servicios de referencia.

"EL ORGANISMO" se excluye de toda relación laboral para con los trabajadores de **"LA SUBROGATARIA"**, y por consiguiente, no asume ninguna responsabilidad laboral, de seguridad social o de cualquier otra índole con respecto a dichos trabajadores.

"LA SUBROGATARIA" deberá asegurar la unidad hospitalaria en que presta los servicios, para cualquier posible siniestro, incluidos: incendios, inundaciones, temblores y demás análogos.

Si **"LA SUBROGATARIA"** no cumple con la obligación de asegurar, las unidades Hospitalarias en las que presta el servicio los siniestros que se generen, aún por caso fortuito o fuerza mayor, correrán a cargo de **"LA SUBROGATARIA"**.

DÉCIMA TERCERA.- SUPERVISIÓN, VERIFICACIÓN Y VIGILANCIA.- Para efecto de vigilar el cumplimiento de la normativa sanitaria y de los compromisos derivados del presente contrato, **"EL ORGANISMO"** podrá en todo momento realizar visitas de inspección y verificación a **"LA SUBROGATARIA"**.

Con independencia de las acciones de supervisión, verificación y vigilancia que realicen las autoridades en las materia, **"EL ORGANISMO"** podrá en todo momento realizar visitas de supervisión y monitoreo respecto de los servicios otorgados o reportados por **"LA SUBROGATARIA"**, en base a la Tutela de Derechos de los afiliados del Sistema de Protección Social en Salud y el Catalogo Universal de Servicios de Salud aplicable.

Para dar seguimiento a la ejecución de los compromisos pactados, **"EL ORGANISMO"** designará un responsable.

DÉCIMA CUARTA.- RESCISIÓN.- "EL ORGANISMO" podrá rescindir el presente contrato en cualquier momento, y sin responsabilidad alguna, cuando a su juicio, **"LA SUBROGATARIA"** incumpla cualquiera de las obligaciones derivadas del presente Contrato, bastando para ejercer el derecho de rescisión, que **"EL ORGANISMO"** comunique a **"LA SUBROGATARIA"** su decisión con cuando menos 30 treinta días naturales de anticipación. De igual manera "EL ORGANISMO" podrá rescindir el presente contrato cuando "LA SUBROGATARIA" se encuentre dentro los supuestos siguientes:

1.- Por la pérdida de la ACREDITACIÓN.

2.- Por la obtención de dictamen de "NO CERTIFICADO".

El punto quinto del acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 01 de Enero de 2012, el requisito de certificación del CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado en el D.O.F. de fecha 29 de Diciembre del 2011.

DÉCIMA QUINTA.- PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y DATOS SENSIBLES.- "LA SUBROGATARIA" de conformidad con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios, se obliga a mantener en estricta confidencialidad, los datos personales de los afiliados que, con motivo del presente instrumento, se encuentren en su poder.

DÉCIMA SÉXTA.- DOMICILIO.- Para todos los efectos de este Contrato las partes señalan como sus domicilios los siguientes:

I.-"EL ORGANISMO".- Avenida Chapultepec 113, Colonia Ladrón de Guevara en Guadalajara, Jalisco CP 44600

II.-"LA SUBROGATARIA".- Juan Manuel número 52. Colonia Centro, Sector Hidalgo, en Guadalajara, Jalisco. CP 44100.

DÉCIMA SEPTIMA. COMPETENCIA. Las partes convienen en que para la interpretación y cumplimiento del presente Contrato se sujetarán a la competencia de los Tribunales Civiles del fuero común, ubicados en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Leído que fue el presente contrato y enteradas las partes de su alcance y consecuencias legales lo firman en cinco ejemplares, en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, el día 9 septiembre de 2016 dos mil dieciséis.

"POR EL ORGANISMO". "LA SUBROGATARIA".

DR. CELSO DEL ANGEL MONTIEL HERNÁNDEZ
DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. REPSS, JAL

LIC. MIGUEL ÁNGEL DOMÍNGUEZ MORALES
REPRESENTATE LEGAL.

T E S T I G O S:

DR. EDUARDO COVARRUBIAS IÑIGUEZ

DIRECTOR GENERAL DE REGIONES Y HOSPITALES DEL OPD SSJ

LIC. JOSE ANTONIO AMAYA SANTAMARIA

DIRECTOR DE AREA ADMINISTRATIVA DEL OPD REPSS JAL

LIC. RODRIGO SOLIS GÁRCIA

DIRECTOR DE AREA JURIDICA DEL OPD REPSS JAL

HOJA DE FIRMAS DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ENTRE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO, Y LA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA DENOMINADA "CRUZ ROJA MEXICANA I.A.P.", DELEGACIÓN GUADALAJARA,

CAUSES 2016

No. Causes	Servicio Médico
26	ACCIONES PREVENTIVAS PARA ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN ADELANTE.
27	OTRAS ACCIONES DE PROMOCIÓN A LA SALUD Y PREVENCIÓN DE RIESGOS.
31	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS.
32	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VARICELA.
33	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.
34	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TOS FERINA.
35	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA.
36	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINOFARINGITIS AGUDA.
37	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CONJUNTIVITIS.
38	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RINITIS ALÉRGICA Y VASOMOTORA.
39	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DENGUE CLÁSICO
40	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DIARREICO AGUDO
41	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE PARATIFOIDEA Y OTRAS SALMONELOSIS
42	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE FIEBRE TIFOIDEA
43	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HERPES ZÓSTER
44	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANDIDIASIS ORAL
45	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GONORREA
46	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR CLAMIDIA (INCLUYE TRACOMA)
47	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRICHOMONIASIS
48	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS PRECOZ Y TARDÍA
49	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CISTITIS
50	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS AGUDA
51	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VULVITIS AGUDA
52	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CHANCRO BLANDO
53	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERPES GENITAL
54	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE AMEBIASIS
55	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ANQUILOSTOMIASIS Y NECATORIASIS
56	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ASCARIASIS
57	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENTEROBIASIS
58	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE EQUINOCOCOSIS
59	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESQUISTOSOMIASIS
60	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ESTRONGILOIDIASIS
61	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE FILARIASIS
62	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE GIARDIASIS
63	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TENIASIS
64	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRICURIASIS
65	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRIQUINOSIS
66	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE BRUCELOSIS
67	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESCABIOSIS
68	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS Y PHTIRIASIS
69	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MICOSIS SUPERFICIALES
70	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ONICOMICOSIS

71	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ERISIPELA Y CELULITIS
72	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTROS PADECIMIENTOS INFECCIOSOS DE REZAGO (PALUDISMO, RICKETTSIOSIS, LEPRA, ENFERMEDAD DE CHAGAS, LEISHMANIOSIS, ONCOCERCOSIS)
73	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ALÉRGICA Y DE CONTACTO
74	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS ATÓPICA
75	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DE CONTACTO POR IRRITANTES
76	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS DEL PAÑAL
77	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS EXFOLIATIVA
78	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DERMATITIS SEBORREICA
79	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VERRUGAS VULGARES
80	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ACNÉ
81	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS DE LA HEPATITIS A Y B
82	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE GASTRITIS AGUDA, DUODENITIS Y DISPEPSIA
83	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE
84	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE DIABETES
85	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
86	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE ARTROSIS EROSIVA Y POLIARTROSIS NO ESPECIFICADA
87	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LUMBALGIA
88	ATENCIÓN POR ALGUNOS SIGNOS, SINTOMAS Y OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD
93	ATENCIÓN PRENATAL EN EL EMBARAZO
96	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE DISMENORREA PRIMARIA
97	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CLIMATERIO Y MENOPAUSIA
98	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS BENIGNOS DE LA MAMA
99	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL
100	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE VAGINITIS SUBAGUDA Y CRÓNICA
102	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE URETRITIS Y SÍNDROME URETRAL
103	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE BAJO GRADO Y MODERADO
104	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO
109	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DEL SOBREPESO Y OBESIDAD EXOGENA
110	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LARINGOTRAQUEÍTIS AGUDA
111	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OTITIS MEDIA SUPURATIVA
112	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SINUSITIS AGUDA
113	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA Y SUS EXACERBACIONES EN ADULTOS
114	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ASMA Y SUS EXACERBACIONES EN MENORES DE 18 AÑOS
115	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (TAES)
117	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PSORIASIS
118	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESOFAGITIS POR REFLUJO
119	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ÚLCERA GÁSTRICA Y PÉPTICA CRONICA NO PERFORADA
120	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISLIPIDEMIA
121	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO
122	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CRISIS TIROTÓXICA
123	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPOTIROIDISMO
124	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

125	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA
126	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS
127	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HIPEURICEMIA Y GOTA
128	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE
129	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS AFECTIVOS (DEPRESIÓN Y TRASTORNO AFECTIVO DE TIPO BIPOLAR, TRASTORNOS AFECTIVOS PERSISTENTES)
130	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD (ANSIEDAD GENERALIZADA, TRASTORNOS DE PÁNICO, REACCION A ESTRÉS. TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN [TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y TRASTORNO ADAPTATIVO])
131	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TRASTORNOS PSICÓTICOS (ESQUIZOFRENIA, PSICÓTICOS Y ESQUIZOTÍPICO)
132	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO DE EPILEPSIA Y CRISIS CONVULSIVAS
133	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DE ENFERMEDAD DE PÁRKINSON
134	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA LUXACIÓN CONGÉNITA DE CADERA
135	REHABILITACIÓN DE FRACTURAS
136	REHABILITACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL
137	PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DE ADICCIONES (CONSEJERÍA)
145	ESTABILIZACION EN URGENCIAS
146	ESTABILIZACIÓN EN URGENCIAS POR CRISIS HIPERTENSIVA
147	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CETOACIDOSIS DIABETICA
148	MANEJO DE URGENCIA DEL SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO
149	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ANGINA DE PECHO
150	ATENCION EN URGENCIAS POR INTOXICACION AGUDA, USO NOCIVO Y ESTADO DE ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS ADICTIVAS
151	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR FENOTIAZINAS
152	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR ÁLCALIS, CÁUSTICOS Y SUSTANCIAS ALCALINAS SIMILARES
153	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR SALICILATOS
154	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR METANOL
155	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS Y CARBAMATOS
156	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR MONÓXIDO DE CARBONO
157	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ENVENENAMIENTO POR MORDEDURA DE SERPIENTE
158	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURA DE ALACRÁN
159	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PICADURAS DE ABEJA, ARAÑA Y OTROS ARTRÓPODOS
160	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE INTOXICACIÓN AGUDA ALIMENTARIA
161	MANEJO DE MORDEDURA Y PREVENCIÓN DE RABIA EN HUMANOS
162	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS
163	CURACIÓN Y SUTURAS DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE TEJIDOS BLANDOS
164	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE
165	MANEJO EN URGENCIAS DE QUEMADURAS DE PRIMER GRADO
166	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE CERVICAL
167	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE HOMBRO
168	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE CODO
169	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE MUÑECA Y MANO

170	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE RODILLA
171	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESGUINCE DE TOBILLO Y PIE
172	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS
173	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUIOLITIS
174	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE BRONQUITIS AGUDA
175	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS AGUDAS
176	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE MASTOIDITIS
177	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS
178	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN MENORES DE 18 AÑOS
179	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA EN ADULTOS
180	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO
181	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA
182	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE ABORTO
183	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO
193	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PREECLAMPSIA LEVE Y MODERADA
199	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL Y URETERAL
200	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LITIASIS DE VÍAS URINARIAS INFERIORES
201	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍNDROME ESCROTAL AGUDO
202	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA
203	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PROSTATITIS AGUDA
205	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO
206	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR DE PANCREATITIS AGUDA
207	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DEL STATUS EPILÉPTICO Y CRISIS CONVULSIVAS DE DIFICIL CONTROL.
208	TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
209	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA Y DEL EDEMA AGUDO PULMONAR
210	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
211	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUROPATÍA PERIFÉRICA SECUNDARIA A DIABETES
212	TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE ÚLCERA Y DEL PIE DIABÉTICO INFECTADOS
213	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO HOSPITALARIO DE QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO
214	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
222	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE APENDICITIS
223	ESPLENECTOMÍA
224	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DIVERTICULAR
226	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL E ILEO
227	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN GÁSTRICA Y/O INTESTINAL
229	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABSCESO PERIRECTAL
230	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE FÍSTULA Y/O FISURA ANAL
231	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD HEMORROIDAL
232	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA HIATAL
234	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA CRURAL
235	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA INGUINAL
236	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA UMBILICAL
237	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HERNIA VENTRAL
238	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE COLECISTITIS Y COLELITIASIS

239	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CONDILOMAS
240	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTES DE OVARIO
241	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TORSIÓN DE ANEXOS
244	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EMBARAZO ECTÓPICO
245	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL ABORTO INCOMPLETO (NO INCLUYE INTERRUCION LEGAL DEL EMBARAZO)
249	TRATAMIENTO LAPAROSCOPÍCO DE LA ENDOMETRIOSIS
251	HISTERECTOMÍA ABDOMINAL Y VAGINAL
252	COLPOPERINEOPLASTÍA
254	CIRCUNCISIÓN
255	ORQUIDOPEXIA
256	DIAGNOSTICO YTRATAMIENTO DE HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
257	EXTIRPACIÓN DE LESIÓN CANCEROSA DE PIEL (NO INCLUYE MELANOMA)
258	EXTIRPACIÓN DE TUMOR BENIGNO EN TEJIDOS BLANDOS
259	AMIGDALECTOMÍA CON O SIN ADENOIDECTOMÍA
262	CIRUGÍA DE ACORTAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
263	CIRUGÍA DE ALARGAMIENTO MUSCULAR PARA ESTRABISMO
264	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GLAUCOMA
265	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PTERIGIÓN
267	COLOCACIÓN Y RETIRO DE DIVERSOS CATÉTERES
269	TORACOTOMÍA, PLEUROTOMÍA Y DRENAJE DE TÓRAX
272	SAFENECTOMÍA
273	REDUCCIÓN DE LUXACIONES BAJO ANESTESIA POR MANIPULACION
274	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CLAVÍCULA
275	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE HÚMERO
276	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO
277	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE MANO
278	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE CADERA
279	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURAS DE FÉMUR
280	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ
281	REDUCCIÓN QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TOBILLO Y PIE
282	TRATAMIENTO ARTROSCOPICO DE LAS LESIONES DE LA RODILLA
283	ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
284	AMPUTACIÓN DE MIEMBRO INFERIOR SECUNDARIA A PIE DIABÉTICO
285	TRATAMIENTO DE QUISTE SINOVIAL Y GANGLION
286	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ARRITMIAS CARDIACAS
287	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE CATARATAS

ANEXO 2 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, URGENCIAS Y CAUSES DE OFTALMOLOGIA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO, CON LA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA DENOMINADA "CRUZ ROJA MEXICANA I.A.P.", DELEGACIÓN GUADALAJARA, PARA 2016

CAUSES 2016	ESPECIALIDAD	CONCEPTO DE GESTIÓN (Incluye Atención Integral desde el Ingreso hasta el Egreso del paciente)	Costo
135	Traumatología y	Rehabilitación de fracturas. 10 SESIONES	$1,490
145	Urgencias	Estabilización en Urgencias	$3,000
146	Urgencias	Estabilización en urgencias por crisis hipertensiva	$2,130
147	Urgencias	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LACETOACIDOSIS DIABETICA	$2,600
148	Urgencias	Manejo de urgencia del síndrome hiperglucémico no cetósico.	$2,530
149	Urgencias	Estabilización en urgencias por angina de pecho	$3,030
150	Urgencias	Atencion en Urgencias por Intoxicacion aguda, uso nocivo y estado de abstinencia de sustancias adictivas	$1,600
151	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por fenotiazinas.	$2,870
152	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por álcalis.	$1,970
153	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por salicilatos.	$2,790
154	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol metílico.	$3,850
155	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por organofosforados.	$1,800
156	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de intoxicación aguda por monóxido de carbono.	$970
157	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de mordedura de serpiente	$4,100
158	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento del alacranismo	$1,460
159	Urgencias	Diagnostico y tratamiento de Pícadura de abeja araña y otros artropodos	$1,510
160	Urgencias	Diagnostico y tratamiento de intoxicacion aguda por alimentos	$1,065
161	Urgencias	Manejo de mordedura y prevención de rabia en humanos	$2,010
162	Urgencias	Extracción de cuerpos extraños	$880
163	Urgencias	Manejo de lesiones traumáticas de tejidos blandos (curación y sutura hasta 5 puntos)	$408
164	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento del traumatismo craneoencefálico leve (Glasgow 14-15)	$1,200
165	Urgencias	Manejo en urgencias de quemaduras de primer grado	$890
166	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de esguince cervical	$1,560
167	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de esguince de hombro	$1,685
168	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de esguince de codo	$1,575
169	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de esguince de muñeca y mano	$1,575
170	Urgencias	Diagnóstico y tratamiento de esguince de la rodilla	$1,670
171	Urgencias	Diagnostico y tratamiento de esguince de tobillo y pie	$1,580
184	Urgencias	Atencion del Parto y Puerperio Fisiologico (Incluye 1 dia de hospitalización)	$4,300
188	Urgencias	Atención del recién nacido	$900
222	Cirugía Genera	Apendicectomía (Incluye 1 día de hospitalización)	$8,900
232	Cirugía Genera	Tratamiento quirúrgico de hernia hiatal (Incluye 2 días de hospitalización)	$15,095

234	Cirugía Genera	Hernioplastía crural (Incluye 2 días de hospitalización)	$9,220
235	Cirugía Genera	Hernioplastía inguinal (Incluye malla y 1 día de hospitalización)+C59	$9,255
236	Cirugía Genera	Hernioplastía umbilical (Incluye malla y 1 día de hospitalización)	$10,390
237	Cirugía Genera	Hernioplastía ventral (Incluye malla y 1 día de hospitalización)	$10,410
238	Cirugía Genera	Colecistectomía abierta (Incluye 3 días de hospitalización)	$10,845
238	Cirugía Genera	Colecistectomía laparoscópica (Incluye 1 día de hospitalización)	$14,460
254	Cirugía Genera	Circuncisión	$3,600
255	Cirugía Genera	Orquidopexia	$8,000
258	Cirugía Genera	Extirpación de tumor benigno en tejidos blandos	$2,640
262	Oftalmología	Cirugía de acortamiento muscular para estrabismo	$9,500
263	Oftalmología	Cirugía de alargamiento muscular para estrabismo	$9,500
264	Oftalmología	Tratamiento quirúrgico de glaucoma con implante de Lente Intraocular (Incluye LIO)	$6,586
265	Oftalmología	Escisión de pterigión	$6,586
273	Urgencias	Reducción (cerrada) quirúrgica por luxaciones	$3,300
274	Traumatología	Reducción (cerrada) quirúrgica de fractura de clavícula	$3,300
275	Traumatología	Reducción quirúrgica de fractura de húmero (NO incluye material de osteosíntesis)	$9,870
276	Traumatología	Reducción quirúrgica de fractura de cúbito y radio (NO incluye material de osteosíntesis)	$9,870
277	Traumatología	Reducción quirúrgica de fractura de mano (NO incluye material de osteosíntesis)	$9,860
280	Traumatología	Reducción quirúrgica de fractura de tibia y peroné (NO incluye material de osteosíntesis)	$8,690
281	Traumatología	Reducción quirúrgica de fractura de tobillo y pie (NO incluye material de osteosíntesis)	$9,860
282	Traumatología	Artroplastía de rodilla (incluye Artroscopio, cirugía artroscópica y hospitalización).	$11,990
283	Traumatología	Artroplastía Total de Rodilla (Incluye Prótesis y Hospitalización)	$34,600
284	Traumatología	Amputación de miembro inferior secundaria a pie diabético. (Incluye Hospitalización)	$8,200
285	Traumatología	Tratamiento de quiste sinovial.	$2,510
286	Cardiología	Colocación de Marcapasos permantente una cámara VVI, Incluye marcapasos, hospitalización en atención integral y Kit de Cables para marcapasos temporal	$40,000
286	Cardiología	Colocación de Marcapasos permantente dos cámaras DDD, Incluye marcapasos, hospitalización en atención integral y Kit de Cables para marcapasos temporal	$60,000
287	Oftalmología	Diagnostico y Tratamiento de catarata	$6,586
C.R. 1	Urgencias	Observación Urgencias 0 a 2 hrs.	$400
C.R. 2	Urgencias	Observación Urgencias 2 a 8 hrs.	$800
C.R. 3	Urgencias	Observación Urgencias 8 a 16 hrs.	$1,000
C.R. 4	Urgencias	Observación Urgencias 16 a 24 hrs.	$1,200
C.R. 5	Urgencias	Retiro de Puntos	$100
C.R. 6	Urgencias	Curación	$100
C.R. 7	PRIMER NIVEL	CONSULTA DE PRIMER NIVEL	$80
C.R. 8	Traumatología	CONSULTA ORTOPEDIA	$120

C.R. 9	Traumatología	CONSULTA REHABILITACION	$120
C.R. 10	Medicina Intern	CONSULTA MEDICINA INTERNA	$120
C.R. 11	Oftalmologia	CONSULTA DE OFTALMOLOGIA	$120
C.R. 12	Neurología	CONSULTA NEUROLOGIA	$120
C.R. 13	Cardiología	CONSULTA CARDIOLOGIA	$120
C.R. 14	Otorrinología	CONSULTA OTORRINOLOGIA	$120
C.R. 15	Ginecología	CONSULTA GINECOLOGIA	$120
C.R. 16		Hospitalización de Especialidad Día Cama (varias especialidades)	$600
C.R. 17		Hospitalizacion de Especialidad Dia Cama (medicina interna)	$900
C.R. 18	LABORATORIO	Prueba de Western Blot.	$600
C.R. 19	LABORATORIO	Exudado para cultivo vaginal.	$168
C.R. 20	LABORATORIO	Densitometría osea.	$732
C.R. 21	LABORATORIO	Cultivo de BARR.	$132
C.R. 22	LABORATORIO	Frotis de Sangre periférica.	$120
C.R. 23	LABORATORIO	Cultivo de Exudado faríngeo.	$374
C.R. 24	LABORATORIO	Leucocitos en heces o moco fecal.	$160
C.R. 25	LABORATORIO	Coprocultivo	$374
C.R. 26	LABORATORIO	Cultivo de Exudado uretral.	$374
C.R. 27	LABORATORIO	Cultivo de Exudado cérvico Vaginal o faríngeo.	$374
C.R. 28	LABORATORIO	Serología para hepatitis viral.	$1,080
C.R. 29	LABORATORIO	Endoscopía con toma de biopsia.	$2,550
C.R. 30	LABORATORIO	Histología y cultivo para H. pylori.	$2,171
C.R. 31	LABORATORIO	Prueba de tolerancia a la glucosa.	$352
C.R. 32	LABORATORIO	Prueba de embarazo (enzimática e inmunológica).	$200
C.R. 33	LABORATORIO	Ultrasonido obstétrico.	$900
C.R. 34	LABORATORIO	Resonancia magnética.	$2,850
C.R. 35	LABORATORIO	Perfil hormonal en la mujer.	$1,587
C.R. 36	LABORATORIO	Ultrasonido mamario.	$900
C.R. 37	LABORATORIO	Biopsia de mama.	$1,389
C.R. 38	LABORATORIO	Ultrasonido pélvico o vaginal.	$900
C.R. 39	LABORATORIO	Colposcopia	$1,200
C.R. 40	LABORATORIO	Espirometría.	$276
C.R. 41	LABORATORIO	Cultivo de Exudado o expectoración, para confirmar curación o fracaso de tratamiento.	$449
C.R. 42	LABORATORIO	Cultivo de exudado o expectoración cada 3 meses.	$449
C.R. 43	LABORATORIO	Prueba para fenilcetonuria e hipotiroidismo (tamiz neonatal).	$1,796
C.R. 44	LABORATORIO	Hormonas tiroideas.	$746
C.R. 45	LABORATORIO	Captación de yodo.	$148
C.R. 46	LABORATORIO	Velocidad de Sedimentación Globular. VSG	$52
C.R. 47	LABORATORIO	Perfil toxicológico.	$1,580
C.R. 48	LABORATORIO	Detección de metabolitos de drogas de abuso en orina.	$341
C.R. 49	LABORATORIO	Creatin-fosfocinasa (CPK).	$293
C.R. 50	LABORATORIO	Prueba para salicilatos en orina.	$733
C.R. 51	LABORATORIO	Pruebas de función hepática.	$1,475
C.R. 52	LABORATORIO	Ultrasonido renal.	$900
C.R. 53	LABORATORIO	Urea en sangre.	$72
C.R. 54	LABORATORIO	Cultivo líquido cefalorraquídeo.	$313
C.R. 55	LABORATORIO	Ultrasonido de hígado y vías biliares.	$900

C.R. 56	LABORATORIO	Urocultivo.	$313
C.R. 57	LABORATORIO	Hematocrito.	$81
C.R. 58	LABORATORIO	Pruebas de función renal.	$336
C.R. 59	LABORATORIO	Ultrasonido hepático.	$900
C.R. 60	LABORATORIO	Cetonas en orina.	$360
C.R. 61	LABORATORIO	Ultrasonido dopler.	$900
C.R. 62	LABORATORIO	Ultrasonido abdominal.	$900
C.R. 63	LABORATORIO	Pruebas cruzadas.	$490
C.R. 64	LABORATORIO	Ultrasonido pélvico.	$900
C.R. 65	LABORATORIO	Fracción Beta de la Hormona Gonadotropina Coriónica Humana.	$277
C.R. 66	LABORATORIO	Fracción Beta de la Gonadotropina Coriónica Humana.	$277
C.R. 67	LABORATORIO	Ultrasonido pélvico y transvaginal.	$900
C.R. 68	LABORATORIO	Cultivo de micobacterias.	$449
C.R. 69	LABORATORIO	Ultrasonido pélvico y endovaginal.	$900
C.R. 70	LABORATORIO	Ultrasonido.	$900
C.R. 71	LABORATORIO	Ultrasonido prostático.	$900
C.R. 72	LABORATORIO	Tonometría ocular.	$200
C.R. 73	LABORATORIO	Ultrasonido transfontanelar.	$900
C.R. 74	LABORATORIO	Examen serológico (Toxoplasma y Citomegalovirus).	$408
C.R. 75	LABORATORIO	A.M.P. CICLICO EN ORINA	$7,200
C.R. 76	LABORATORIO	A.M.P. CICLICO EN SANGRE	$271
C.R. 77	LABORATORIO	ACIDO HIPURICO EN ORINA	$1,038
C.R. 78	LABORATORIO	AC.ANTICITOPLASMICO-ANTINEUTRO	$331
C.R. 79	LABORATORIO	ACETAZOLAMIDA	$364
C.R. 80	LABORATORIO	ACETONA EN ORINA	$109
C.R. 81	LABORATORIO	ACETONA EN SANGRE	$95
C.R. 82	LABORATORIO	ACIDO 5 HIDROXIINDOLACETICO	$510
C.R. 83	LABORATORIO	ACIDO CARBONICO	$144
C.R. 84	LABORATORIO	ACIDO CITRICO	$326
C.R. 85	LABORATORIO	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO	$510
C.R. 86	LABORATORIO	ACIDO FOLICO	$428
C.R. 87	LABORATORIO	ACIDO URICO EN ORINA	$186
C.R. 88	LABORATORIO	ACIDO VALPROCO DEPAKENE	$313
C.R. 89	LABORATORIO	ACIDO VANILLIL MANDELICO	$510
C.R. 90	LABORATORIO	ACIDOS GRASOS	$510
C.R. 91	LABORATORIO	ACTIVIDAD PROTROMBINICA	$1,638
C.R. 92	LABORATORIO	ACTIVIDAD TRIPTICA	$163
C.R. 93	LABORATORIO	ADDIS CUENTA DE	$46
C.R. 94	LABORATORIO	ADHESIVIDAD DE PLAQUETAS	$252
C.R. 95	LABORATORIO	ADRENOCORTICOTROPICA (ACTH)	$528
C.R. 96	LABORATORIO	AGLUTININAS FRIAS (CRIOAGLUTIN	$180
C.R. 97	LABORATORIO	AGUA DUREZA TOTAL	$132
C.R. 98	LABORATORIO	AGUA FISICO	$312
C.R. 99	LABORATORIO	AGUA NITRITOS	$192
C.R. 100	LABORATORIO	AGUA QUIMICO 1	$239
C.R. 101	LABORATORIO	ACIDO LACTICO	$278
C.R. 102	LABORATORIO	ALANINA AMINO TRANSFERASA	$125
C.R. 103	LABORATORIO	ALCOHOL ETILICO	$420
C.R. 104	LABORATORIO	ALDOLASA	$378

C.R. 105	LABORATORIO	ALDOSTERONA EN ORINA	$726
C.R. 106	LABORATORIO	ALDOSTERONA EN SUERO	$726
C.R. 107	LABORATORIO	ALFA-1- ANTITRIPSINA	$396
C.R. 108	LABORATORIO	ALFA-FETOPROTEINAS	$382
C.R. 109	LABORATORIO	AMIBA EN FRESCO	$191
C.R. 110	LABORATORIO	AMILASA EN ORINA	$156
C.R. 111	LABORATORIO	AMILASA SUERO	$156
C.R. 112	LABORATORIO	AMINOACIDOS EN ORINA	$648
C.R. 113	LABORATORIO	AMONIO	$347
C.R. 114	LABORATORIO	ANDROSTENODIONA	$586
C.R. 115	LABORATORIO	ANDROSTERONA	$516
C.R. 116	LABORATORIO	ANFETAMINAS (PASTILLAS)	$136
C.R. 117	LABORATORIO	ANGIOTENSINA 1	$624
C.R. 118	LABORATORIO	ANGIOTENSINA II	$224
C.R. 119	LABORATORIO	ANTI A SALINOS	$524
C.R. 120	LABORATORIO	ANTI A Y ANTI B	$899
C.R. 121	LABORATORIO	ANTI ADN NATIVO	$428
C.R. 122	LABORATORIO	ANTI AMIBIANOS	$436
C.R. 123	LABORATORIO	ANTI ASCARIS	$463
C.R. 124	LABORATORIO	ANTI ASPERGILLUS	$402
C.R. 125	LABORATORIO	ANTI B SALINOS	$524
C.R. 126	LABORATORIO	ANT1 BLASTOMYCES	$228
C.R. 127	LABORATORIO	ANTI CANDIDA ALBICANS	$368
C.R. 128	LABORATORIO	ANTI CARDIOLIPINA	$463
C.R. 129	LABORATORIO	ANT CELULAS PARIETALES	$414
C.R. 130	LABORATORIO	ANTI CHLAMYDIA	$558
C.R. 131	LABORATORIO	ANTI CITOMEGALOVIRUS	$463
C.R. 132	LABORATORIO	ANTI COCCIDIOIDES	$374
C.R. 133	LABORATORIO	ANTI CYSTICERCUS	$497
C.R. 134	LABORATORIO	ANTI EPSTEIN BARR IGM E IGG	$402
C.R. 135	LABORATORIO	ANTI ESPERMATOZOIDES	$463
C.R. 136	LABORATORIO	ANTI ESPOROTRIX	$210
C.R. 137	LABORATORIO	ANTI EXOENZIMAS ESTREPTOOCICA	$228
C.R. 138	LABORATORIO	ANTI FASCIOLA	$122
C.R. 139	LABORATORIO	ANTI FOSFOLIPIDOS	$960
C.R. 140	LABORATORIO	ANTI HAV IGM	$456
C.R. 141	LABORATORIO	ANTI HAV TOTAL	$456
C.R. 142	LABORATORIO	ANTI HBC	$456
C.R. 143	LABORATORIO	ANTI HBC IGM	$456
C.R. 144	LABORATORIO	ANTI HBE	$456
C.R. 145	LABORATORIO	ANTI HBS	$456
C.R. 146	LABORATORIO	ANTI HCV	$402
C.R. 147	LABORATORIO	ANTI HDV	$402
C.R. 148	LABORATORIO	ANTI HELICOBACTER PYLORI	$436
C.R. 149	LABORATORIO	ANTI HERPES I Y II	$599
C.R. 150	LABORATORIO	ANTI HETEROFILOS (PAUL BUNELL)	$361
C.R. 151	LABORATORIO	ANTI HISTONAS	$552
C.R. 152	LABORATORIO	ANTI HISTOPLASMA	$373
C.R. 153	LABORATORIO	ANTI HIV I Y II	$180
C.R. 154	LABORATORIO	ANTI HIV I Y II STAT	$176

C.R. 155	LABORATORIO	ANTI INSULINA	$836
C.R. 156	LABORATORIO	ANTI IRREGULARES	$648
C.R. 157	LABORATORIO	ANTI IRREGULARES IDENTIFICACIO	$864
C.R. 158	LABORATORIO	ANTI LECHE BOVINA	$300
C.R. 159	LABORATORIO	ANTI LEISHMANIA	$1,452
C.R. 160	LABORATORIO	ANTI LISTERIAS	$2,112
C.R. 161	LABORATORIO	ANTI MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	$438
C.R. 162	LABORATORIO	ANTI MICROSOMALES	$288
C.R. 163	LABORATORIO	ANTI MITOCONDRIALES	$408
C.R. 164	LABORATORIO	ANTI MUSCULO LISO	$408
C.R. 165	LABORATORIO	ANTY MYCOPLASMA	$312
C.R. 166	LABORATORIO	ANTI NUCLEARES (FLUORSCENCIA)	$382
C.R. 167	LABORATORIO	ANTI NUCLEARES (INMUNOESPECIFI	$1,811
C.R. 168	LABORATORIO	ANTI PALOMA EXCRETAS	$300
C.R. 169	LABORATORIO	ANTI PCNA	$1,470
C.R. 170	LABORATORIO	ANTI RNPN	$420
C.R. 171	LABORATORIO	ANTI RUBEOLA	$408
C.R. 172	LABORATORIO	ANTI SARAMPION	$204
C.R. 173	LABORATORIO	ANTI SARAMPION EN LCR	$540
C.R. 174	LABORATORIO	ANTI SCL 70	$420
C.R. 175	LABORATORIO	ANTI SM	$420
C.R. 176	LABORATORIO	ANTI SSA	$420
C.R. 177	LABORATORIO	ANTI SSB	$420
C.R. 178	LABORATORIO	ANTI TIROGLOBULINA	$288
C.R. 179	LABORATORIO	ANTI TIROIDEOS	$528
C.R. 180	LABORATORIO	ANTI TOXOPLASMA	$463
C.R. 181	LABORATORIO	ANTI TRIPANOZOMA CHAGAS	$259
C.R. 182	LABORATORIO	ANTI TRIQUINA	$294
C.R. 183	LABORATORIO	ANTI TURALEMIA	$37
C.R. 184	LABORATORIO	ANTI UREAPLASMA Y MYCOPLASMA	$329
C.R. 185	LABORATORIO	ANTI VARICELA	$312
C.R. 186	LABORATORIO	ANTIBIOGRAMA	$240
C.R. 187	LABORATORIO	ANTICOAGULANTES LUPICOS	$420
C.R. 188	LABORATORIO	ANTIESTREPTOLISINAS	$125
C.R. 189	LABORATORIO	ANTIGENO CA 125 (ELISA)	$613
C.R. 190	LABORATORIO	ANTIGENO CA 15.3	$660
C.R. 191	LABORATORIO	ANTIGENO CA 19.9	$660
C.R. 192	LABORATORIO	ANTIGENO CARCINOEMBRIONARIO	$382
C.R. 193	LABORATORIO	ANTIGENO DE CRYPTOCOCCUS	$443
C.R. 194	LABORATORIO	ANTIGENO DELTA HDAG	$449
C.R. 195	LABORATORIO	ANTIGENO HLA B 27	$673
C.R. 196	LABORATORIO	ANTIGENO P-24	$720
C.R. 197	LABORATORIO	ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO	$264
C.R. 198	LABORATORIO	ANTIGENOS CAPSULARES	$816
C.R. 199	LABORATORIO	ANTIGENOS ERITROCITARIOS	$540
C.R. 200	LABORATORIO	ANTIHIAL URONIDASA	$396
C.R. 201	LABORATORIO	ANTITROMBINA III	$420
C.R. 202	LABORATORIO	APOLIPOPROTEINAS	$186
C.R. 203	LABORATORIO	ARSENICO EN ORINA	$396
C.R. 204	LABORATORIO	ARSENICO EN SANGRE	$396

C.R. 205	LABORATORIO	ASPARTATO AMINO TRANSFERASA	$125
C.R. 206	LABORATORIO	AUTOTRANSFUSION ESTUDIADA	$1,200
C.R. 207	LABORATORIO	AUTOTRANSFUSION NO ESTUDIADA	$672
C.R. 208	LABORATORIO	AUTOVACUNAS	$348
C.R. 209	LABORATORIO	AZUCARES Y PH EN HECES	$168
C.R. 210	LABORATORIO	ANTI TOXOPLASMA IGG	$272
C.R. 211	LABORATORIO	ANTIGENO PROSTATICO LIBRE	$688
C.R. 212	LABORATORIO	ANTI DENGUE	$680
C.R. 213	LABORATORIO	BACHMAN INTRADERMOREACCION	$180
C.R. 214	LABORATORIO	BACILOSCOPIA	$198
C.R. 215	LABORATORIO	BACILOSCOPIA (2)	$382
C.R. 216	LABORATORIO	BACILOSCOPIA (3)	$524
C.R. 217	LABORATORIO	BACILOSCOPIA (4)	$613
C.R. 218	LABORATORIO	BACILOSCOPIA (5)	$756
C.R. 219	LABORATORIO	BACTERIOSCOPICO DE	$191
C.R. 220	LABORATORIO	BANDAS OLIGOCLONALES	$966
C.R. 221	LABORATORIO	BARBITURICOS	$240
C.R. 222	LABORATORIO	BENZODIAZEPINAS	$240
C.R. 223	LABORATORIO	BETA 2 MICROGLOBULINA	$438
C.R. 224	LABORATORIO	BILIRRUBINAS	$94
C.R. 225	LABORATORIO	BIO.AMIGDALAS	$240
C.R. 226	LABORATORIO	BIO BRONQUIAL	$240
C.R. 227	LABORATORIO	BIO.CEREBRALES	$240
C.R. 228	LABORATORIO	BIOPSIA CHICA=CITOLOGIA LIQUIDO	$858
C.R. 229	LABORATORIO	BIOPSIA MEDIANA	$1,158
C.R. 230	LABORATORIO	BIOPSIA GRANDE	$1,362
C.R. 231	LABORATORIO	BIO.CON DIAGNOSTICO DE TB.	$360
C.R. 232	LABORATORIO	BIO.CONO CERVICAL	$432
C.R. 233	LABORATORIO	BIO.CORNEA	$240
C.R. 234	LABORATORIO	BIO.CUNA OVARIO	$240
C.R. 235	LABORATORIO	BIO.DE ABORTO	$240
C.R. 236	LABORATORIO	BIO.DE BAZO	$120
C.R. 237	LABORATORIO	BIO.DE CERVIX	$240
C.R. 238	LABORATORIO	BIO.DE CIRUGIAS RADICALES	$240
C.R. 239	LABORATORIO	BIO.DE COLON	$240
C.R. 240	LABORATORIO	BIO.DE ENDOMETRIO	$240
C.R. 241	LABORATORIO	BIO.DE GANGLIO LINFATICO	$240
C.R. 242	LABORATORIO	BIO.DE GASTERECTOMIA	$240
C.R. 243	LABORATORIO	BIO.DE HIGADO	$360
C.R. 244	LABORATORIO	BIO.DE HUESO	$360
C.R. 245	LABORATORIO	BIO.DE LARINGE	$240
C.R. 246	LABORATORIO	BIO.DE LOBECTOMIA PULMONAR	$360
C.R. 247	LABORATORIO	BIO.DE MAMA	$240
C.R. 248	LABORATORIO	BIO.DE MAMA (2)	$480
C.R. 249	LABORATORIO	BIO.DE MIEMBRO PELVICO	$240
C.R. 250	LABORATORIO	BIO.DE MIEMBRO TORACICO	$240
C.R. 251	LABORATORIO	BIO.DE MUSCULO	$360
C.R. 252	LABORATORIO	BIO.DE NERVIO	$240
C.R. 253	LABORATORIO	BIO.DE PIEL	$240
C.R. 254	LABORATORIO	BIO.DE PIEL (2)	$480

C.R. 255	LABORATORIO	BIO.DE PIEL (3)	$720
C.R. 256	LABORATORIO	BIO.DE PLACENTA	$360
C.R. 257	LABORATORIO	BIO.DE PROSTATA	$360
C.R. 258	LABORATORIO	BIO.DE PROSTATA (RTU)	$360
C.R. 259	LABORATORIO	BIO.DE RINON	$360
C.R. 260	LABORATORIO	BIO.DE SEG.INTESTINO DELGADO	$240
C.R. 261	LABORATORIO	BIO.DE SEGMENTO DE COLON	$240
C.R. 262	LABORATORIO	BIO.DE TESTICULO	$360
C.R. 263	LABORATORIO	BIO.DE TIROIDES	$360
C.R. 264	LABORATORIO	BIO.DE TUMOR DE OVARIO CHICO	$240
C.R. 265	LABORATORIO	BIO.DE TUMOR OVARIO GRANDE	$360
C.R. 266	LABORATORIO	BIO.DE TUMORES OSEOS	$240
C.R. 267	LABORATORIO	BIO.DE UTERO CON ANEXOS	$360
C.R. 268	LABORATORIO	BIO.DE UTERO CON COLONIZACION	$240
C.R. 269	LABORATORIO	BIO.DE UTERO SIN ANEXOS	$240
C.R. 270	LABORATORIO	BIO.DE VESICULA BILIAR	$240
C.R. 271	LABORATORIO	BIO.GASTRICA	$240
C.R. 272	LABORATORIO	BIO.GLANDULA MAMARIA	$240
C.R. 273	LABORATORIO	BIO.GLOBO OCULAR	$360
C.R. 274	LABORATORIO	BIO.GRANDE	$600
C.R. 275	LABORATORIO	BIO.GRANDE (2)	$377
C.R. 276	LABORATORIO	BIO.LEGRADO UTERINO	$240
C.R. 277	LABORATORIO	BIO.LOBECTOMIA	$360
C.R. 278	LABORATORIO	BIO.MUCOSA ORAL (BOCA)	$240
C.R. 279	LABORATORIO	BIO.NEFRECTOMIA RADICAL	$600
C.R. 280	LABORATORIO	BIO.QUISTES DE TROMPA FALOPIO	$240
C.R. 281	LABORATORIO	BIO.RESTOS OVULOS PLASCENTA	$240
C.R. 282	LABORATORIO	BIO.TIROIDES (LOBULOS U ORGAN	$360
C.R. 283	LABORATORIO	BIO.TRANS-OPERATORIAS	$780
C.R. 284	LABORATORIO	BIO.TROMPA DE FALOPIO	$240
C.R. 285	LABORATORIO	BIO.TUMORECTOMIA MAMARIA	$240
C.R. 286	LABORATORIO	BIO.UTERO SIN ANEXOS	$240
C.R. 287	LABORATORIO	BIO.VEJIGA URINARIA	$240
C.R. 288	LABORATORIO	BIOMETRIA HEMATICA	$96
C.R. 289	LABORATORIO	BOLSANG (TRIPLE CPD CON ADENIN	$313
C.R. 290	LABORATORIO	BOLSANG TRANSFER	$313
C.R. 291	LABORATORIO	BROMO	$265
C.R. 292	LABORATORIO	BROMOSULFALEINA	$660
C.R. 293	LABORATORIO	BURNET INTRADERMOREACCION	$180
C.R. 294	LABORATORIO	CADENAS LIGERAS KAPPA Y LAMBDA	$432
C.R. 295	LABORATORIO	CADMIO PRUEBA DEL	$102
C.R. 296	LABORATORIO	CALCIO EN ORINA	$185
C.R. 297	LABORATORIO	CALCIO EN SUERO	$94
C.R. 298	LABORATORIO	CALCIO IONICO	$301
C.R. 299	LABORATORIO	CARGA VIRAL PARA HEPATITIS B	$4,224
C.R. 300	LABORATORIO	CALCITONINA	$1,566
C.R. 301	LABORATORIO	CALCULOS	$973
C.R. 302	LABORATORIO	CANDIDINA INTRADERMORREACCION	$278
C.R. 303	LABORATORIO	CARBAMAZEPINA (TEGRETOL)	$313
C.R. 304	LABORATORIO	CARIOTIPO	$6,102

C.R. 305	LABORATORIO	CAROTENOS	$216
C.R. 306	LABORATORIO	CATECOLAMINAS PLASMATICAS	$1,450
C.R. 307	LABORATORIO	CD4 Y CD8	$616
C.R. 308	LABORATORIO	CD8	$258
C.R. 309	LABORATORIO	CELULAS L.E.	$258
C.R. 310	LABORATORIO	CELULAS NARANJA	$265
C.R. 311	LABORATORIO	CERULOPLASMINA	$162
C.R. 312	LABORATORIO	CETOSTEROIDES - 17	$510
C.R. 313	LABORATORIO	CIANURO	$258
C.R. 314	LABORATORIO	CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL	$107
C.R. 315	LABORATORIO	CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL (3)	$319
C.R. 316	LABORATORIO	CITOLOGIA DE EXPECTORACION	$179
C.R. 317	LABORATORIO	CITOLOGIA DE EXPECTORACION (3)	$521
C.R. 318	LABORATORIO	CITOLOGIA DE L.C.R.	$179
C.R. 319	LABORATORIO	CITOLOGIA DE LIQUIDO ASCITICO	$179
C.R. 320	LABORATORIO	CITOLOGIA DE LIQUIDO PLEURAL	$510
C.R. 321	LABORATORIO	CITOLOGIA DE ORINA	$240
C.R. 322	LABORATORIO	CITOLOGIA NASAL	$89
C.R. 323	LABORATORIO	CITOQUIMICO DE	$510
C.R. 324	LABORATORIO	CITOQUIMICO DE L.C.R.	$510
C.R. 325	LABORATORIO	CITOQUIMICO DE LIQ.ANMIOTICO	$408
C.R. 326	LABORATORIO	CITOQUIMICO DE LIQ.ASCITICO	$408
C.R. 327	LABORATORIO	CITOQUIMICO DE LIQ.PLEURAL	$510
C.R. 328	LABORATORIO	CITOQUIMICO DE LIQ.SINOVIAL	$408
C.R. 329	LABORATORIO	CK-MB	$388
C.R. 330	LABORATORIO	CHLAMYDIA TRACHOMATIS	$660
C.R. 331	LABORATORIO	CLONAZEPAM	$361
C.R. 332	LABORATORIO	CLORO EN ORINA	$122
C.R. 333	LABORATORIO	CLORURO DE SODIO EN SUDOR(ELECTROL	$546
C.R. 334	LABORATORIO	CLORO EN SUERO	$122
C.R. 335	LABORATORIO	CLOSTRIDIUM DIFFICILE	$599
C.R. 336	LABORATORIO	C02 TOTAL	$192
C.R. 337	LABORATORIO	COBRE EN ORINA	$1,111
C.R. 338	LABORATORIO	COBRE EN SUERO	$1,160
C.R. 339	LABORATORIO	COCAINA	$138
C.R. 340	LABORATORIO	COCCIDIOIDINA INTRADERMOREACC.	$278
C.R. 341	LABORATORIO	COLESTEROL HDL-LDL	$342
C.R. 342	LABORATORIO	PRUEBA DE PATERNIDAD	$3,600
C.R. 343	LABORATORIO	COLESTEROL TOTAL	$62
C.R. 344	LABORATORIO	COLESTEROL Y ESTERES	$205
C.R. 345	LABORATORIO	COLINESTERASA	$156
C.R. 346	LABORATORIO	COMPATIBILIDAD PRUEBAS CRUZADA	$408
C.R. 347	LABORATORIO	COMPLEJOS INMUNES	$497
C.R. 348	LABORATORIO	COMPLEMENTO C3	$326
C.R. 349	LABORATORIO	COMPLEMENTO C4	$326
C.R. 350	LABORATORIO	COMPLEMENTO HEMOTILICO (CH50)	$497
C.R. 351	LABORATORIO	CONCENTRACION PBA MOSENTHAL	$65
C.R. 352	LABORATORIO	CONCENTRADO GLOBULAR	$1,907
C.R. 353	LABORATORIO	CONCENTRADO GLOBULAR LAVADO	$1,907
C.R. 354	LABORATORIO	CONCENTRADO GLOBULAR POBRE LEU	$1,907

C.R. 355	LABORATORIO	CONCENTRADO PLAQUETARIO	$1,020
C.R. 356	LABORATORIO	CONSUMO DE PROTROMBINA	$286
C.R. 357	LABORATORIO	COOMBS DIRECTO	$278
C.R. 358	LABORATORIO	COMMBS INDIRECTO	$252
C.R. 359	LABORATORIO	COPROLOGICO	$156
C.R. 360	LABORATORIO	COPROPARASITOSCOPICO (1)	$90
C.R. 361	LABORATORIO	COPROPARASITOSCOPICO (2)	$150
C.R. 362	LABORATORIO	COPROPARASITOSCOPICO (3)	$246
C.R. 363	LABORATORIO	COPROPORFIRINA EN HECES	$6,360
C.R. 364	LABORATORIO	COPRUSCULOS DE HEINZ	$90
C.R. 365	LABORATORIO	CORTISOL PLASMATICO (AM)	$374
C.R. 366	LABORATORIO	CORTISOL PLASMATICO (PM)	$374
C.R. 367	LABORATORIO	CORTISOL URINARIO	$374
C.R. 368	LABORATORIO	CORTISONA INVESTIGACION DE	$684
C.R. 369	LABORATORIO	CREATININA EN SANGRE	$228
C.R. 370	LABORATORIO	CREATININA EN ORINA	$108
C.R. 371	LABORATORIO	CREATININA EN SUERO	$60
C.R. 372	LABORATORIO	CREATINOCINASA (CK)	$246
C.R. 373	LABORATORIO	CRIOGLOBULINAS	$286
C.R. 374	LABORATORIO	CRIOPRECIPITADOS	$1,974
C.R. 375	LABORATORIO	CRISTALIZACION MOCO-CERVICAL	$197
C.R. 376	LABORATORIO	CROMATINA SEXUAL	$443
C.R. 377	LABORATORIO	CRYPTOCOCCUS BUSQUEDA DE	$138
C.R. 378	LABORATORIO	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN LCR	$360
C.R. 379	LABORATORIO	CRYPTOSPORIDIUM BUSQUEDA DE	$245
C.R. 380	LABORATORIO	CURVA SEDIMENTACION GLOBULAR	$41
C.R. 381	LABORATORIO	D XILOSA ABSORCION DE EN ORINA	$593
C.R. 382	LABORATORIO	DEHIDROEPIANDROSTERONA	$463
C.R. 383	LABORATORIO	DEHIDROEPIANDROSTERONA SULFATO	$462
C.R. 384	LABORATORIO	DEHIDROTESTOSTERONA	$193
C.R. 385	LABORATORIO	DEPURACION DE CREATININA	$408
C.R. 386	LABORATORIO	DESHIDROGENASA HIDROXIBUTIRICA	$50
C.R. 387	LABORATORIO	DESHIDROGENASA LACTICA	$240
C.R. 388	LABORATORIO	DEXAMETASONA PRUEBA DE	$2,400
C.R. 389	LABORATORIO	DIMERO D	$524
C.R. 390	LABORATORIO	DIFENILHIDANTOINA	$313
C.R. 391	LABORATORIO	DIGOXINA	$326
C.R. 392	LABORATORIO	DONADOR ESTUDIO COMPLETO	$1,200
C.R. 393	LABORATORIO	DONADOR VOLUNTARIO SELECCION	$198
C.R. 394	LABORATORIO	DONATH LANSDTEINER PRUEBA DE	$286
C.R. 395	LABORATORIO	DREPANOCITOS	$374
C.R. 396	LABORATORIO	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA	$300
C.R. 397	LABORATORIO	ELECTROFORESIS DE L.C.R.	$728
C.R. 398	LABORATORIO	ELECTROFORESIS DE LIPIDOS	$1,158
C.R. 399	LABORATORIO	ELECTROFORESIS DE PROT/ORINA	$726
C.R. 400	LABORATORIO	ELECTROFORESIS DE PROTEINAS	$444
C.R. 401	LABORATORIO	ELECTROLITOS EN SUDOR	$480
C.R. 402	LABORATORIO	ELECTROLITOS EN SUERO	$312
C.R. 403	LABORATORIO	EMBARAZO PRUEBA DE (ORINA)	$126
C.R. 404	LABORATORIO	ENZIMAS CARDIACAS	$1,068

C.R. 405	LABORATORIO	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL	$197
C.R. 406	LABORATORIO	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL (3)	$572
C.R. 407	LABORATORIO	EOSINOFILOS EN SEC LAGRIMAL	$197
C.R. 408	LABORATORIO	EQUILIBRIO ACIDO BASE	$175
C.R. 409	LABORATORIO	EQUIPO DE TRANSFUSION	$211
C.R. 410	LABORATORIO	ERITROCITOS FETALES	$191
C.R. 411	LABORATORIO	ERITROPOYETINA	$1,512
C.R. 412	LABORATORIO	ESCHERICHIA COLI EN L.C.R.	$108
C.R. 413	LABORATORIO	ESPERMATOBIOSCOPIA R VILLA	$742
C.R. 414	LABORATORIO	ESPERMATOBIOSCOPIA	$576
C.R. 415	LABORATORIO	ESPERMATOBIOSCOPIA CON BIOQUIM	$289
C.R. 416	LABORATORIO	ESTIMULACION CON ACTH PBA DE	$512
C.R. 417	LABORATORIO	ESTIMULACION CON CLONIDINA PBA	$553
C.R. 418	LABORATORIO	ESTIMULACION CON LH-RH PBA DE	$1,310
C.R. 419	LABORATORIO	ESTIMULACION CON TRH (PROLACT)	$840
C.R. 420	LABORATORIO	ESTIMULACION CON TRH (TSH)	$1,062
C.R. 421	LABORATORIO	ESTRACTOS ALERGENICOS	$180
C.R. 422	LABORATORIO	ESTRADIOL EN ORINA	$428
C.R. 423	LABORATORIO	ESTRADIOL EN SUERO.	$408
C.R. 424	LABORATORIO	ESTRIOL EN ORINA	$270
C.R. 425	LABORATORIO	ESTRIOL EN SUERO	$270
C.R. 426	LABORATORIO	ESTROGENOS EN ORINA.	$150
C.R. 427	LABORATORIO	ESTROGENOS EN SUERO.	$510
C.R. 428	LABORATORIO	ESTROGENOS TOTALES Y FRACCIONA	$1,044
C.R. 429	LABORATORIO	ESTRONA	$510
C.R. 430	LABORATORIO	ETHOSUXIMIDA	$480
C.R. 431	LABORATORIO	EXAMEN VISUAL	$168
C.R. 432	LABORATORIO	FACTOR 11 DE COAGULACION	$366
C.R. 433	LABORATORIO	FACTOR IX DE COAGULACION	$776
C.R. 434	LABORATORIO	FACTOR REUMATOIDEO	$156
C.R. 435	LABORATORIO	FACTOR V DE COAGULACION	$725
C.R. 436	LABORATORIO	FACTOR VII DE COAGULACION	$776
C.R. 437	LABORATORIO	FACTOR VIII DE COAGULACION	$776
C.R. 438	LABORATORIO	FACTOR XIII DE COAGULACION	$439
C.R. 439	LABORATORIO	FEBRILES REACCION DE	$108
C.R. 440	LABORATORIO	FENOL EN ORINA	$498
C.R. 441	LABORATORIO	FENOTIAZIDAS	$760
C.R. 442	LABORATORIO	FENOTIPO DEL RH	$1,308
C.R. 443	LABORATORIO	FERRITINA	$326
C.R. 444	LABORATORIO	FIJACION DE RUIZ CASTA¤EDA	$138
C.R. 445	LABORATORIO	FILTRO DESLEUCOCITADOR	$618
C.R. 446	LABORATORIO	FILTRO PARA PLAQUETAS	$810
C.R. 447	LABORATORIO	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA CON REP	$642
C.R. 448	LABORATORIO	FLEBOTOMIA TERAPEUTICA POR ASF	$2,509
C.R. 449	LABORATORIO	FOSFATASA ACIDA	$156
C.R. 450	LABORATORIO	F0SFATASA ACIDA PROSTATICA	$348
C.R. 451	LABORATORIO	FOSFATASA ALCALINA	$96
C.R. 452	LABORATORIO	FOSFATASA LEUCOCITARIA	$450
C.R. 453	LABORATORIO	FOSFOLIPIDOS	$210
C.R. 454	LABORATORIO	FOSFORO EN ORINA	$132

C.R. 455	LABORATORIO	FOSFORO EN SUERO	$138
C.R. 456	LABORATORIO	FRAGILIDAD CAPILAR	$96
C.R. 457	LABORATORIO	FRAGILIDAD GLOBULAR OSMOCITICA	$1,020
C.R. 458	LABORATORIO	FRUCTOSAMINA	$388
C.R. 459	LABORATORIO	FRUCTUOSA	$324
C.R. 460	LABORATORIO	FENCICLIDINA	$300
C.R. 461	LABORATORIO	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA	$246
C.R. 462	LABORATORIO	GASOMETRIA ARTERIAL	$546
C.R. 463	LABORATORIO	GASOMETRIA VENOSA	$546
C.R. 464	LABORATORIO	GASTRINA	$545
C.R. 465	LABORATORIO	EXAMEN DE ORINA	$60
C.R. 466	LABORATORIO	GLUCAGON	$1,512
C.R. 467	LABORATORIO	GLUCOSA 2 HRS. POST-PANDRIAL	$138
C.R. 468	LABORATORIO	GLUCOSA 6 FOSFATO DESHIDROGENA	$449
C.R. 469	LABORATORIO	GLUCOSA EN SUERO	$60
C.R. 470	LABORATORIO	GLUTAMINA	$210
C.R. 471	LABORATORIO	GRAHAM PRUEBA DE	$217
C.R. 472	LABORATORIO	GRAHAM PRUEBA DE (3)	$490
C.R. 473	LABORATORIO	GRASAS EN HECES DE 24 HRS.	$660
C.R. 474	LABORATORIO	GRUPO SANGUINEO Y RH	$90
C.R. 475	LABORATORIO	HAEMOPHYLUS INFLUENZAE EN LCR	$108
C.R. 476	LABORATORIO	HAM PRUEBA DE	$986
C.R. 477	LABORATORIO	HAMBURGER PRUEBA DE	$232
C.R. 478	LABORATORIO	HANGER (CEFALIN COLESTEROL)	$84
C.R. 479	LABORATORIO	HAPTOGLOBINA	$449
C.R. 480	LABORATORIO	HBEAG	$324
C.R. 481	LABORATORIO	HBSAG (ANTIGENO AUSTRALIA)	$390
C.R. 482	LABORATORIO	HEMATOZOARIO DE LAVERAN	$232
C.R. 483	LABORATORIO	HEMOCULTIVO	$372
C.R. 484	LABORATORIO	HEMOCULTIVO (2)	$748
C.R. 485	LABORATORIO	HEMOCULTIVO E. DE ANTIBIOTICOS	$624
C.R. 486	LABORATORIO	HEMOGLOBINA FETAL	$524
C.R. 487	LABORATORIO	HEMOGLOBINA GLUCOSILADA	$432
C.R. 488	LABORATORIO	HEMOGLOBINA LIBRE EN PLASMA	$313
C.R. 489	LABORATORIO	HEMOSIDERINA	$578
C.R. 490	LABORATORIO	HGC BETA/SANGRE (CUALITATIVA)	$156
C.R. 491	LABORATORIO	HGC BETA/SANGRE (CUANTITATIVA)	$330
C.R. 492	LABORATORIO	HGC EN ORINA DE 24 HRS.	$300
C.R. 493	LABORATORIO	HGC FRACCION BETA EN ORINA	$78
C.R. 494	LABORATORIO	HIDROXICORTICOIDES - 17	$510
C.R. 495	LABORATORIO	HIDROXIPROGESTERONA - 17	$347
C.R. 496	LABORATORIO	HIDROXIPROLINA	$594
C.R. 497	LABORATORIO	HIERRO SERICO TOTAL	$246
C.R. 498	LABORATORIO	HIERRO SERICO Y CFTH	$720
C.R. 499	LABORATORIO	HIPOGLICEMIA PRUEBA DE	$3,036
C.R. 500	LABORATORIO	HISTOPLASMINA INTRADERMOREACC.	$278
C.R. 501	LABORATORIO	HLA HISTOCOMPATIBILIDAD	$1,590
C.R. 502	LABORATORIO	HORMONA ANTIDIURETICA	$2,708
C.R. 503	LABORATORIO	HORMONA DE CRECIMIENTO	$270
C.R. 504	LABORATORIO	HORMONA FOLICULO ESTIMULANTE	$252

C.R. 505	LABORATORIO	HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	$252
C.R. 506	LABORATORIO	HORMONA TIROIDEOESTIMULANTE	$288
C.R. 507	LABORATORIO	HUDDLESON	$163
C.R. 508	LABORATORIO	IDENTIFICACION DE BACTERIAS	$193
C.R. 509	LABORATORIO	IDENTIFICACION DE PARASITOS	$245
C.R. 510	LABORATORIO	INDICE DE TIROXINA LIBRE	$384
C.R. 511	LABORATORIO	INDICE FAGOCITARIO	$86
C.R. 512	LABORATORIO	INMUNOG. IGE RAST.PENICILINA	$288
C.R. 513	LABORATORIO	INMUNOESPECIFICIDAD	$520
C.R. 514	LABORATORIO	INMUNOGLOBULINA IGA	$276
C.R. 515	LABORATORIO	INMUNOGLOBULINA IGE	$312
C.R. 516	LABORATORIO	INMUNOGLOBULINA IGG	$276
C.R. 517	LABORATORIO	INMUNOGLOBULINA IGM	$276
C.R. 518	LABORATORIO	INMUNOGLOBULINAS (IGA,IGG,IGM)	$792
C.R. 519	LABORATORIO	INSULINA	$312
C.R. 520	LABORATORIO	IRRIGACION RECTAL	$138
C.R. 521	LABORATORIO	ISOENZIMAS DE LDH	$912
C.R. 522	LABORATORIO	L.A.T.S.	$230
C.R. 523	LABORATORIO	LACTOGENO PLACENTARIO	$656
C.R. 524	LABORATORIO	LEUCOFERESIS TERAPEUTICA	$6,000
C.R. 525	LABORATORIO	LH-RH ESTIMULACION PRUEBA DE	$552
C.R. 526	LABORATORIO	LINFOCITOS PANEL	$2,214
C.R. 527	LABORATORIO	LIPASA	$114
C.R. 528	LABORATORIO	LIPIDOS	$126
C.R. 529	LABORATORIO	LISIS DE EUGLOBULINA	$258
C.R. 530	LABORATORIO	LITIO	$443
C.R. 531	LABORATORIO	OPIACEOS	$402
C.R. 532	LABORATORIO	MAGNESIO EN ORINA	$245
C.R. 533	LABORATORIO	MAGNESIO EN SUERO	$245
C.R. 534	LABORATORIO	P.P.D. 5 (MANTOUX-TUBERCULOSIS)	$264
C.R. 535	LABORATORIO	MARC SEROLOGICOS DE BRUCELOSIS	$276
C.R. 536	LABORATORIO	MEDULA OSEA	$1,230
C.R. 537	LABORATORIO	MERCAPTOETHANOL - 2	$138
C.R. 538	LABORATORIO	MERCURIO (CUANTITATIVO)	$576
C.R. 539	LABORATORIO	METABOLOPATIAS	$986
C.R. 540	LABORATORIO	METAHEMOGLOBINA	$318
C.R. 541	LABORATORIO	METANEFRINAS	$1,310
C.R. 542	LABORATORIO	MICROALBUMINURIA	$408
C.R. 543	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE:	$385
C.R. 544	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE AGUA	$374
C.R. 545	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE EXPECTORACION	$374
C.R. 546	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE HECES	$312
C.R. 547	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE L.C.R.	$374
C.R. 548	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE MEDULA OSEA	$374
C.R. 549	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE MENSTRUACION	$374
C.R. 550	LABORATORIO	MIC.DE MYCOBACTERIAS	$374
C.R. 551	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE SEMEN	$312
C.R. 552	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA FARINGEA	$312
C.R. 553	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA NASAL	$374
C.R. 554	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA NASOFARINGEA	$374

C.R. 555	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA PARA HONGOS	$374
C.R. 556	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA URETRAL	$312
C.R. 557	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA DE ORINA	$312
C.R. 558	LABORATORIO	MICROBIOLOGIA VAGINAL	$374
C.R. 559	LABORATORIO	MIOGLOBINA	$162
C.R. 560	LABORATORIO	MONOMEROS DE FIBRINA	$524
C.R. 561	LABORATORIO	MONOTEST	$422
C.R. 562	LABORATORIO	N.T.N.P.	$72
C.R. 563	LABORATORIO	NEISSERIA MENINGITIDIS EN LCR	$342
C.R. 564	LABORATORIO	NITROAZUL DE TETRAZOLIO PBA DE	$86
C.R. 565	LABORATORIO	NITROGENO UREICO EN ORINA	$86
C.R. 566	LABORATORIO	NITROGENO UREICO EN SUERO	$86
C.R. 567	LABORATORIO	NOCARDIA ASTEROIDES INTRADERMO	$83
C.R. 568	LABORATORIO	NOCARDIA BRASILENSIS INTRADERM	$83
C.R. 569	LABORATORIO	NUCLEOTIDASA - 5	$572
C.R. 570	LABORATORIO	OSMOLARIDAD EN ORINA	$378
C.R. 571	LABORATORIO	OSMOLARIDAD EN SUDOR	$221
C.R. 572	LABORATORIO	OSMOLARIDAD EN SUERO	$578
C.R. 573	LABORATORIO	OXALATO EN ORINA DE 24 HRS.	$660
C.R. 574	LABORATORIO	P. DEGRADACION DEL FIBRINOGENO	$180
C.R. 575	LABORATORIO	P.P.D. ATIPICO AVIUM	$300
C.R. 576	LABORATORIO	P.P.D. ATIPICO BOVIS	$300
C.R. 577	LABORATORIO	P.P.D. ATIPICO INTRACELLULARE	$300
C.R. 578	LABORATORIO	P.P.D. ATIPICO KANSSASI	$300
C.R. 579	LABORATORIO	P.P.D. ATIPICO SCROFULLACEUM	$300
C.R. 580	LABORATORIO	PAPILOMA HUMANO VIRUS(HIBRIDACION)	$2,748
C.R. 581	LABORATORIO	PAPANICOLAU	$204
C.R. 582	LABORATORIO	PARATOHORMONA	$414
C.R. 583	LABORATORIO	PEPTIDO C	$545
C.R. 584	LABORATORIO	PRUEBA DE AZUCARES RED. EN HECES	$168
C.R. 585	LABORATORIO	PERFIL BYKGULDEN	$162
C.R. 586	LABORATORIO	PERFIL CORONARIO	$779
C.R. 587	LABORATORIO	TIEMPO DE COAGULACION	$403
C.R. 588	LABORATORIO	PERFIL DE LIPIDOS	$1,344
C.R. 589	LABORATORIO	PERFIL H.C. HEPATITIS A	$139
C.R. 590	LABORATORIO	PERFIL H.C. HEPATITIS B	$528
C.R. 591	LABORATORIO	PERFIL H.C. HEPATITIS C	$72
C.R. 592	LABORATORIO	PERFIL H.C. HEPATITIS D	$72
C.R. 593	LABORATORIO	PERFIL HEMOSTATICO	$966
C.R. 594	LABORATORIO	PERFIL HEPATICO	$1,123
C.R. 595	LABORATORIO	PERFIL LEUCOFERESIS	$-
C.R. 596	LABORATORIO	PERFIL MEDICO	$744
C.R. 597	LABORATORIO	PERFIL METOBOLICO OSEO	$810
C.R. 598	LABORATORIO	PERFIL OBSTETRICO	$756
C.R. 599	LABORATORIO	PERFIL OVARICO	$1,386
C.R. 600	LABORATORIO	PERFIL PEPTO BISMOL 1	$373
C.R. 601	LABORATORIO	PERFIL PLAQUETOFERESIS	$3,262
C.R. 602	LABORATORIO	PERFIL PLASMAFERESIS	$3,262
C.R. 603	LABORATORIO	PERFIL QUIMICO HOMBRES	$678
C.R. 604	LABORATORIO	PERFIL QUIRURGICO	$496

C.R. 605	LABORATORIO	PERFIL RENAL	$690
C.R. 606	LABORATORIO	PERFIL REUMATOIDEO AMPLIADO	$1,043
C.R. 607	LABORATORIO	PERFIL REUMATOIDEO BASICO	$353
C.R. 608	LABORATORIO	PERFIL TESTICULAR	$894
C.R. 609	LABORATORIO	PERFIL TIROIDEO	$1,042
C.R. 610	LABORATORIO	PERFIL TORCH	$1,730
C.R. 611	LABORATORIO	PH	$228
C.R. 612	LABORATORIO	PHADIATOP (SANGRE)	$108
C.R. 613	LABORATORIO	PLAQUETOFERESIS TERAPEUTICA	$6,120
C.R. 614	LABORATORIO	PLASMA FRESCO CONGELADO	$1,200
C.R. 615	LABORATORIO	PLASMA FRESCO RICO EN PLAQUETA	$1,200
C.R. 616	LABORATORIO	PLASMAFERESIS TERAPEUTICA	$6,360
C.R. 617	LABORATORIO	PLOMO EN ORINA	$522
C.R. 618	LABORATORIO	PLOMO EN SUERO	$522
C.R. 619	LABORATORIO	PNEUMOCYTIS CARINI BUSQUEDA DE	$342
C.R. 620	LABORATORIO	PORFIRINAS	$168
C.R. 621	LABORATORIO	PORFOBILINOGENO	$168
C.R. 622	LABORATORIO	POTASIO EN ORINA O DE 24 HRS	$216
C.R. 623	LABORATORIO	POTASIO EN SUERO	$126
C.R. 624	LABORATORIO	PREGNANDIOL	$480
C.R. 625	LABORATORIO	PRENUPCIAL (VDRL Y GRUPO SANGUINEO FACTOR RH)	$180
C.R. 626	LABORATORIO	PRIMIDONA	$313
C.R. 627	LABORATORIO	PROGESTERONA	$222
C.R. 628	LABORATORIO	PROLACTINA	$252
C.R. 629	LABORATORIO	PROTEINA C DE COAGULACION	$1,914
C.R. 630	LABORATORIO	PROTEINA C REACTIVA	$126
C.R. 631	LABORATORIO	PROTEINA S DE COAGULACION	$1,500
C.R. 632	LABORATORIO	PROTEINAS DE BENCE JONES	$84
C.R. 633	LABORATORIO	PROTEINAS EN ORINA DE 24 HRS	$326
C.R. 634	LABORATORIO	PROTEINAS TOTALES Y REL A/G	$120
C.R. 635	LABORATORIO	PROTEOSA DE ORIEL	$173
C.R. 636	LABORATORIO	PROTOPORFIRINA EN HECES	$550
C.R. 637	LABORATORIO	QUIMICA SANGUINEA	$180
C.R. 638	LABORATORIO	QUIMISMO GASTRICO	$692
C.R. 639	LABORATORIO	RASTREO IGE	$106
C.R. 640	LABORATORIO	REABSORCION TUBULAR DE FOSFORO	$96
C.R. 641	LABORATORIO	RENINA	$414
C.R. 642	LABORATORIO	RETICULOCITOS	$102
C.R. 643	LABORATORIO	RETRACCION DEL COAGULO	$66
C.R. 644	LABORATORIO	RIVALTA REACCION DE	$30
C.R. 645	LABORATORIO	ROSA DE BENGALA	$246
C.R. 646	LABORATORIO	ROTAVIRUS	$318
C.R. 647	LABORATORIO	SALICILATOS	$222
C.R. 648	LABORATORIO	SANGRE OCULTA EN HECES	$78
C.R. 649	LABORATORIO	SANGRE TOTAL DIRECTA	$1,800
C.R. 650	LABORATORIO	SANGRE TOTAL POR INTERCAMBIO	$1,560
C.R. 651	LABORATORIO	SEDIMENTACION GLOBULAR (VSG)	$60
C.R. 652	LABORATORIO	SODIO EN ORINA	$102
C.R. 653	LABORATORIO	SODIO EN SUDOR	$100

C.R. 654	LABORATORIO	SODIO EN SUERO	$126
C.R. 655	LABORATORIO	STREPTOCOCCUS GRUPO B EN LCR	$108
C.R. 656	LABORATORIO	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE LCR	$108
C.R. 657	LABORATORIO	SUCROSA	$924
C.R. 658	LABORATORIO	T3 CAPTACION	$176
C.R. 659	LABORATORIO	T3 LIBRE	$192
C.R. 660	LABORATORIO	T3 TOTAL	$176
C.R. 661	LABORATORIO	TALIO EN SANGRE	$810
C.R. 662	LABORATORIO	TARIFA EXTRA	$14
C.R. 663	LABORATORIO	TEGRETOL	$103
C.R. 664	LABORATORIO	TEOFILINA	$252
C.R. 665	LABORATORIO	TESTOSTERONA LIBRE	$300
C.R. 666	LABORATORIO	TESTOSTERONA TOTAL	$360
C.R. 667	LABORATORIO	TIEMPO DE COAGULACION	$96
C.R. 668	LABORATORIO	TIEMPO DE PROTROMBINA	$78
C.R. 669	LABORATORIO	TIEMPO DE SANGRADO (IVY)	$162
C.R. 670	LABORATORIO	TIEMPO DE SANGRADO Y CUAGULACION	$60
C.R. 671	LABORATORIO	TIEMPO DE TROMBINA	$192
C.R. 672	LABORATORIO	TIEMPO TROMBOPLASTINA PARCIAL	$78
C.R. 673	LABORATORIO	TIMOL	$60
C.R. 674	LABORATORIO	TINTA CHINA COLORACION DE	$144
C.R. 675	LABORATORIO	TIROXINA LIBRE	$150
C.R. 676	LABORATORIO	TIROXINA TOTAL	$150
C.R. 677	LABORATORIO	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (2)	$294
C.R. 678	LABORATORIO	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (3)	$612
C.R. 679	LABORATORIO	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (4)	$714
C.R. 680	LABORATORIO	CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA (5)	$816
C.R. 681	LABORATORIO	TOLERANCIA A LA INSULINA (3)	$1,170
C.R. 682	LABORATORIO	TOLERANCIA A LA INSULINA (5)	$1,200
C.R. 683	LABORATORIO	TOLERANCIA A LA LACTOSA	$240
C.R. 684	LABORATORIO	TOMA DE MUESTRA PARA SEGUROS	$150
C.R. 685	LABORATORIO	TORNIQUETE PRUEBA DE	$35
C.R. 686	LABORATORIO	TRANSFERRINA	$228
C.R. 687	LABORATORIO	TRANSFUSION	$318
C.R. 688	LABORATORIO	TREPONEMA CAMPO OBSCURO	$180
C.R. 689	LABORATORIO	TRICOFITINA INTRADERMOREACCION	$180
C.R. 690	LABORATORIO	TRIGLICERIDOS	$102
C.R. 691	LABORATORIO	TRIIODOTIRONINA	$85
C.R. 692	LABORATORIO	TIROGLOBULINA	$947
C.R. 693	LABORATORIO	ZIEL NIELSEN TINCION DE	$263
C.R. 694	LABORATORIO	UNIDAD MANEJO DE	$120
C.R. 695	LABORATORIO	UREA EN ORINA	$66
C.R. 696	LABORATORIO	UREA EN SUERO	$84
C.R. 697	LABORATORIO	UROBILINOGENO	$162
C.R. 698	LABORATORIO	UROPORFIRINAS	$162
C.R. 699	LABORATORIO	V.D.R.L.	$126
C.R. 700	LABORATORIO	VALPROATO DE MAGNESIO	$103
C.R. 701	LABORATORIO	VASOPRESINA PRUEBA DE LA	$780
C.R. 702	LABORATORIO	VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO	$258
C.R. 703	LABORATORIO	VISCOSIDAD SERICA	$180

C.R. 704	LABORATORIO	VITAMINA A (RETINOL)	$966
C.R. 705	LABORATORIO	VITAMINA B-12	$276
C.R. 706	LABORATORIO	VITAMINA C (AC. ASCORBICO)	$456
C.R. 707	LABORATORIO	VITAMINA E	$600
C.R. 708	LABORATORIO	WARTHIN-STARRY TINCION DE	$420
C.R. 709	LABORATORIO	WATSON-SCHWARTZ PRUEBA DE	$450
C.R. 710	LABORATORIO	WESTERN BLOT PARA HIV	$2,244
C.R. 711	LABORATORIO	WESTERN BLOT PARA HEPATITIS C	$2,994
C.R. 712	LABORATORIO	YODO PROTEICO	$156
C.R. 713	GABINETE DE	ABDOMEN EN DECUBITO	$230
C.R. 714	GABINETE DE	BRAZO AP Y LAT (HUMERO)	$330
C.R. 715	GABINETE DE	BRAZO AP Y LAT (HUMERO) ADICIONAL	$170
C.R. 716	GABINETE DE	ARTERIOGRAFIA	$936
C.R. 717	GABINETE DE	ARTIC. TEMPOROMANDIBULARES BIL	$312
C.R. 718	GABINETE DE	MANOS AP COMPARATIVAS	$144
C.R. 719	GABINETE DE	Manos AP Comparativas (2 placas)	$188
C.R. 720	GABINETE DE	CADERA AP DER O IZQ	$170
C.R. 721	GABINETE DE	CADERA AP Y LAT (2 PLACAS)	$280
C.R. 722	GABINETE DE	CODO A.P. Y LAT.	$240
C.R. 723	GABINETE DE	CODO AP Y LAT (ADICIONAL)	$120
C.R. 724	GABINETE DE	COLECISTOGRAFIA ORAL	$680
C.R. 725	GABINETE DE	COL. CERVICAL AP Y LAT	$252
C.R. 726	GABINETE DE	COLUMNA CERVICAL A.P. Y LAT. OBL.	$372
C.R. 727	GABINETE DE	COLUMNA DORSAL AP Y LATERAL	$450
C.R. 728	GABINETE DE	COLUMNA LUMBOSACRA AP Y LAT	$408
C.R. 729	GABINETE DE	COLUMNA LUMBOSACRA SERIE (3)	$600
C.R. 730	GABINETE DE	COLON POR ENEMA DOBLE CONTRSTE	$1,310
C.R. 731	GABINETE DE	CRANEO A.P. Y LAT.	$300
C.R. 732	GABINETE DE	CRANEO AP Y LAT ADICIONAL	$170
C.R. 733	GABINETE DE	COLANGIOGRAFIA (TRANSOPERATORIA)	$1,000
C.R. 734	GABINETE DE	COLUMNA LUMBAR EST. DINAMICO	$468
C.R. 735	GABINETE DE	LATERAL DE CRANEO	$170
C.R. 736	GABINETE DE	LUMBAR AP O LAT 1 P	$290
C.R. 737	GABINETE DE	NEFROTOMOGRAFIA	$1,326
C.R. 738	GABINETE DE	ESCANOMETRIA 3 POSICIONES	$312
C.R. 739	GABINETE DE	ESOFAGOGRAMA	$421
C.R. 740	GABINETE DE	FEMUR Y LAT. 2 POSICIONES	$310
C.R. 741	GABINETE DE	FEMUR Y LAT. 2 POSIC. ADICIONAL	170
C.R. 742	GABINETE DE	FLEBOGRAFIA O ESTUDIO DE LAS V	$936
C.R. 743	GABINETE DE	FISTULOGRAFIA	$546
C.R. 744	INETE DE RAY	HOMBRO A.P. 1 POSICION Y ADICIONAL	$170
C.R. 745	GABINETE DE	HUMERO (BRAZO) 2 POSICIONES	$330
C.R. 746	GABINETE DE	MAMOGRAFIA BILATERAL	$552
C.R. 747	GABINETE DE	MASTOIDES BILATERALES (OIDOS)	$348
C.R. 748	GABINETE DE	MAXILAR A.P. Y LAT.	$252
C.R. 749	GABINETE DE	MAMOGRAFIA UNILATERAL	$282
C.R. 750	GABINETE DE	CALCANEO AXIAL COMPARATIVO	$144
C.R. 751	GABINETE DE	SERIE METASTASICA O S.OSEA	$936
C.R. 752	GABINETE DE	PELVICEFALOMETRIA	$348

C.R. 753	GABINETE DE	PERFILOGRAFIA	$160
C.R. 754	GABINETE DE	PIE AP Y OBLICUA 2 POS Y ADICIONAL	$144
C.R. 755	GABINETE DE	PIERNA AP Y LAT(TIBIA Y PERONE)	$320
C.R. 756	GABINETE DE	PIERNA AP Y LAT (ADICIONAL)	$120
C.R. 757	GABINETE DE	PELVIS SIMPLE C/POSICION	$174
C.R. 758	GABINETE DE	RODILLA A.P. Y LAT. 2 POSIC.	$280
C.R. 759	GABINETE DE	SACRO COCCIX AP O LAT 1P	$170
C.R. 760	GABINETE DE	SACROXIS AP Y LAT 2 POSC	$290
C.R. 761	GABINETE DE	SERIE DE CRANEO AP.LAT Y TOWNE	$312
C.R. 762	GABINETE DE	SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL	$1,176
C.R. 763	GABINETE DE	TOBILLO AP Y LAT	$280
C.R. 764	GABINETE DE	TOBILLO AP Y LAT ADICIONAL	$140
C.R. 765	GABINETE DE	TOMOGRAFIA LINEAL	$702
C.R. 766	GABINETE DE	TORAX 1 POSICION	$174
C.R. 767	GABINETE DE	TORAX AP Y LAT	$343
C.R. 768	GABINETE DE	TRANSITO INTESTINAL	$780
C.R. 769	GABINETE DE	URETROCISTROGRAMA O URETROGAFIA	$1,080
C.R. 770	GABINETE DE	UROGRAFIA EXCRETORA	$1,326
C.R. 771	GABINETE DE	UROGRAFIA POR INFUSION	$1,326
C.R. 772	GABINETE DE	UROGRAFIA SECUENCIAL RAPIDA	$1,326
C.R. 773	GABINETE DE	CLAVICULA 1 POSICION Y ADICIONAL	$170
C.R. 774	GABINETE DE	MANO AP Y OBLICUA	$230
C.R. 775	GABINETE DE	MANO AP Y OBLICUA ADICIONAL	$120
C.R. 776	GABINETE DE	CRANEO POSOCION DE HIRTZ	$170
C.R. 777	GABINETE DE	COMP DE OIDOS SCHULLER	$300
C.R. 778	GABINETE DE	RODILLA AP LAT Y AXIAL	$280
C.R. 779	GABINETE DE	RODILLA COMPARATIVA (1 PLACA)	170
C.R. 780	GABINETE DE	RODILLA COMPARATIVA 3 PLACAS (AP, LAT Y TANGENCIAL)	350
C.R. 781	GABINETE DE	ART TEMPOROMANDIBULARES BILATERAL	$343
C.R. 782	GABINETE DE	S.P.N. CADWELL WATERSY LAT.	$282
C.R. 783	GABINETE DE	SPN CADWELL Y WATERS	$252
C.R. 784	GABINETE DE	SPN WATER	$126
C.R. 785	GABINETE DE	LATERAL DE CERVICALES	$170
C.R. 786	GABINETE DE	SERIE CARDIACA	$546
C.R. 787	GABINETE DE	HOMBRO AP Y AXIAL	$252
C.R. 788	GABINETE DE	ANTEBRAZO AP Y LAT	$330
C.R. 789	GABINETE DE	ANTEBRAZO AP Y LAT ADICIONAL	170
C.R. 790	GABINETE DE	MUÑECA AP. Y LATERAL	$250
C.R. 791	GABINETE DE	MUÑECA AP Y LAT ADICIONAL	120
C.R. 792	GABINETE DE	SERIE DE ESCAFOIDES	$330
C.R. 793	GABINETE DE	ABDOMEN EN BIPEDESTACION	$174
C.R. 794	GABINETE DE	PELVIS AP Y AXIAL (LOUVESTEIN)	$342
C.R. 795	GABINETE DE	TALON	$144
C.R. 796	OTROS ESTUD	Colocacion de cateter subclavio	$3,045
C.R. 797	OTROS ESTUD	Colocacion de marcapaso transitorio con fuente	$5,100
C.R. 798	OTROS ESTUD	Holter	$900
C.R. 799	OTROS ESTUD	Ecocardiograma doppler (Transtoraxico)	$900
C.R. 800	OTROS ESTUD	Ecocardiograma de Estress (Dobutamina)	$2,500

C.R. 801	OTROS ESTUD	Ecocardiograma Transesofagico	$2,500
C.R. 802	OTROS ESTUD	Electrocardiograma	$120
C.R. 803	OTROS ESTUD	MAPA (Monitoreo Ambulatorio de Presion Arterial)	$900
C.R. 804	OTROS ESTUD	Pruebas de Esfuerzo	$900
C.R. 805	OTROS ESTUD	TOMOGRAFIA (TAC)	$1,100
C.R. 806	OTROS ESTUD	TAC DE CRANEO SIMPLE Y CONTRASTADA	$1,200
C.R. 807	OTROS ESTUD	TAC DE HIPOFISIS	$1,200
C.R. 808	OTROS ESTUD	TAC DE OIDO	$1,200
C.R. 809	OTROS ESTUD	TAC DE ORBITAS	$1,200
C.R. 810	OTROS ESTUD	TAC DE SENOS PARANASALES	$1,200
C.R. 811	OTROS ESTUD	TAC FACIAL	$1,100
C.R. 812	OTROS ESTUD	TAC DE CUELLO	$1,100
C.R. 813	OTROS ESTUD	TAC DE LARINGE	$1,100
C.R. 814	OTROS ESTUD	TAC DE COLUMNA CERVICAL	$1,200
C.R. 815	OTROS ESTUD	TAC DE COLUMNA DORSAL	$1,200
C.R. 816	OTROS ESTUD	TAC DE COLUMNA LUMBAR	$1,200
C.R. 817	OTROS ESTUD	TAC DE TORAX SIMPLE Y CONTRASTADA	$1,900
C.R. 818	OTROS ESTUD	TAC DE TORAX SIMPLE	$1,200
C.R. 819	OTROS ESTUD	TAC DE ABDOMEN CONTRASTADA	$1,900
C.R. 820	OTROS ESTUD	TAC ABDOMEN BAJO CONTRASTADA	$1,900
C.R. 821	OTROS ESTUD	TAC ABDOMEN TOTAL CONTRASTADA	$2,100
C.R. 822	OTROS ESTUD	TAC DE ABDOMEN SIMPLE	$1,100
C.R. 823	OTROS ESTUD	TAC DE ABDOMEN TOTAL	$1,400
C.R. 824	OTROS ESTUD	URO TAC	$2,900
C.R. 825	OTROS ESTUD	TAC DE PELVIS	$1,200
C.R. 826	OTROS ESTUD	TAC DE CADERA	$1,200
C.R. 827	OTROS ESTUD	TAC DE EXTREMIDADES	$1,100
C.R. 828	OTROS ESTUD	TAC DOS REGIONES	$1,900
C.R. 829	OTROS ESTUD	TAC DE HOMBRO	$1,100

ANEXO 3. DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS PARA EL PRIMERO SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA, URGENCIAS Y CAUSES OFTALMOLÓGICO ; QUE CELEBRAN EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO, DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN EN SALUD DE JALISCO,"OPD REPSS, JALISCO Y LA CRUZ ROJA MEXICANA PARA 2016.

FORMAS MODERNAS DE JALISCO S.A. DE C.V.

QUIK FORMS

FOLIO 144315

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

Secretaría de Salud

RECETA

SEGURO POPULAR

DÍA | MES | AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD:

CLAVE (CAUSES): CONSULTO: TEL:

DATOS DEL PACIENTE: NÚMERO DE EXPEDIENTE:

NOMBRE:

EDAD: Años ○ Meses ○ Días ○ Horas ○

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR:

CLAVE: CANTIDAD CON LETRA:

NOMBRE GENÉRICO:

PRESENTACIÓN:

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones varias)

CANTIDAD RECIBIDA: FIRMA DEL PACIENTE

CLAVE: CANTIDAD CON LETRA:

NOMBRE GENÉRICO:

PRESENTACIÓN:

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones varias)

CANTIDAD RECIBIDA: FIRMA DEL PACIENTE

CLAVE: CANTIDAD CON LETRA:

NOMBRE GENÉRICO:

PRESENTACIÓN:

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones varias)

CANTIDAD RECIBIDA: FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del médico:

Cédula profesional:

Cédula de especialidad:

Universidad:

Número de afiliación:

Firma

SELLO DE LA UNIDAD

Original blanco, Premium Bond 90 gramos

115-326-9561

FORMAS MODERNAS DE JALISCO S.A. DE C.V. ventas@quikforma.mx

QUIK FORMS TELS.(33) 3634 4135, 3634 3948, 3634 4145

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

Secretaría de Salud

RECETA

SEGURO POPULAR

FOLIO 141414

DIA	MES	AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE LAGOS DE MORENO

CLAVE (CLUES): JCSSA003250 DOMICILIO: FRANCISCO I. MADERO Y 16 DE SEPTIEMBRE CENTRO TEL. (474) 7423508, 7423879

NÚMERO DE EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR:

CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:

NOMBRE GENÉRICO:

PRESENTACIÓN:

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE

CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:

NOMBRE GENÉRICO:

PRESENTACIÓN:

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE

CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:

NOMBRE GENÉRICO:

PRESENTACIÓN:

INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)

CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE

Nombre del médico:

Cédula profesional:

Universidad:

Horario de atención:

Firma

SELLO DE LA UNIDAD

Original blanco: Farmacia Subrogada

135-046-55B1

SEGURO POPULAR

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO

Secretaría de Salud

NOMBRE DEL HOSPITAL SOBROGADO: _____

N° DE QUINCENAS DE COMPROBACIÓN: _____

ANEXO 4 A CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, URGENCIAS Y CAUSES DE OFTALMOLOGIA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO, CON LA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA DENOMINADA "CRUZ ROJA MEXICANA I.A.P.", DELEGACIÓN GUADALAJARA, PARA 2016

NUM. UNICO DE REGISTRO	HOSPITAL QUE REFIERE	FECHA DE REFERENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENVÍO DEL PACIENTE	FECHA DE INGRESO/ ATENCIÓN	NÚM. AFILIACIÓN S.P.	INICIO DE VIGENCIA	TÉRMINO DE VIGENCIA	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	CURP	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	EDAD EN AÑOS	DIAGNÓSTICO FINAL DEL HOSPITAL SUBROGADO	No. DE CAUSES	ESPECIALIDAD A CARGO	FECHA DE EGRESO	DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA	¿HUBO COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS? SI Ó NO	FECHA DE NACIMIENTO DEL RECIEN NACIDO	COSTO
																				#¡REF!
													ATENCION DEL PARTO Y PUERPERIO FISIOLOGICO				1			#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																				#¡REF!
																		TOTAL		#¡REF!

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL

CERTIFICO QUE EL TOTAL DE LAS ATENCIONES QUE SE ENLISTAN EN LA HOJA DE EXCEL, FUERON OTORGADAS EN ESTE HOSPITAL.

SELLO DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL HOSPITAL

CERTIFICO QUE EL TOTAL DE LAS ATENCIONES QUE SE ENLISTAN EN LA HOJA DE EXCEL, FUERON OTORGADAS EN ESTE HOSPITAL.

NOMBRE Y FIRMA DEL GESTOR MÉDICO DE SEGURO POPULAR

RESPONSABLE DE VERIFICAR QUE LAS ATENCIONES QUE SE ENLISTAN EN LA HOJA DE EXCEL, SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA COBERTURA DEL CAUSES EN VIGENCIA

SEGURO POPULAR

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO

Secretaría de Salud

NOMBRE DEL HOSPITAL SOBROGADO: ----------

N° DE QUINCENAS DE COMPROBACIÓN: ----------

ANEXO 4 A CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, URGENCIAS Y CAUSES DE OFTALMOLOGIA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO, CON LA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA DENOMINADA "CRUZ ROJA MEXICANA I.A.P.", DELEGACIÓN GUADALAJARA, PARA 2016

NUM. UNICO DE REGISTRO	HOSPITAL QUE REFIERE	FECHA DE INGRESO	NÚM. AFILIACIÓN S.P.	INICIO DE VIGENCIA	TÉRMINO DE VIGENCIA	NOMBRE COMPLETO DEL RECIÉN NACIDO	FECHA DE NACIMIEN-TO DEL RN	SEXO	EDAD EN DIAS	NOMBRE DE LA MADRE	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	No. DE CAUSES	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	FECHA DE EGRESO	DIAS DE ESTANCIA	¿HUBO COMPLICACIONES QUIRURGICAS? SI Ó NO	COSTO
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																	#¡REF!
																TOTAL	#¡REF!

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL

CERTIFICO QUE EL TOTAL DE LAS ATENCIONES QUE SE ENLISTAN EN LA HOJA DE EXCEL, FUERON OTORGADAS EN ESTE HOSPITAL

SELLO DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL ADMINISTRADOR

CERTIFICO QUE EL TOTAL DE LAS ATENCIONES QUE SE ENLISTAN EN LA HOJA DE EXCEL, FUERON OTORGADAS EN ESTE HOSPITAL

NOMBRE Y FIRMA DEL GESTOR DE SEGURO POPULAR

RESPONSABLE DE VERIFICAR QUE LAS ATENCIONES QUE SE ENLISTAN EN LA HOJA DE EXCEL, SE ENCUENTRAN DENTRO DE LA COBERTURA DEL CAUSES EN VIGENCIA

Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

ANEXO 4 B CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL, URGENCIAS Y CAUSES DE OFTALMOLOGIA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO, CON LA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA DENOMINADA "CRUZ ROJA MEXICANA I.A.P.", DELEGACIÓN GUADALAJARA, PARA 2016

SEGURO POPULAR

REPORTE NOMINAL: QUINCENAL

ENTIDAD FEDERATIVA: JALISCO

NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA:

PATOLOGIA: CATARATA

PERIODO DE FECHA DE ATENCIÓN:

10

N° DE REGISTRO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)	SEXO	EDAD	CURP	FOLIO SEGURO POPULAR	EXPEDIENTE MÉDICO	FECHA DE DIAGNÓSTICO	FECHA DE ATENCIÓN	FASE ATENCIÓN	TIPO FASE ATENCIÓN	ÓRGANO	GRUPO	FECHA DE EGRESO	TIPO DE CASO	UNIDAD QUE REFIERE	COSTO DEL SERVICIO

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

SELLO DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL GESTOR MÉDICO

ANEXO 5 DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CAUSES DE OFTALMOLOGIA QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO DENOMINADO REGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD JALISCO, CON LA INSTITUCIÓN DE ASISTENCIA PÚBLICA DENOMINADA "CRUZ ROJA MEXICANA I.A.P.", DELEGACIÓN GUADALAJARA, PARA 2016

LOGOTIPO DE LA UNIDAD MÉDICA

NOTA DE EGRESO DEL PACIENTE

Nombre

Edad Sexo: No. Expediente

Fecha y hora de ingreso:
Diagnóstico de ingreso:
Diagnóstico de egreso:

Fecha	resúmen
Hora	

Signos vitales	Evolución

Peso	Complicaciones
Talla	
	Alta
Hora de egreso	
	Cita a

Nombre, firma y cédula del médico