

N° 149 – 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de abril del 2025

Visto el Expediente N°05185-2025, de fecha 21 de abril del 2025, que contiene el oficio N°0090-2025-GRL-GRSL/30.37.04, donde solicita Proyectar Resolución del **"Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios 2025"** del Hospital Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 704-2006/MINSA se aprobó la "Guía Metodológica de Determinación de Costos de Servicios de Salud para el Sector Salud" y con Resolución Ministerial N° 195-2009/MINSA se aprueba la "Metodología para la Estimación de costos Estándar" en los Establecimientos de salud, con el objeto de proporcionar una herramienta de ayuda al usuario del sistema de salud y uniformizar una metodología estándar de costo en todos los establecimientos de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 899-2019-MINSA, se aprueba el Documento Técnico: Lineamientos de Política Tarifaria del Sector Salud, con el objetivo de establecer los Lineamientos de Política Sectorial para la determinación y actualización de las tarifas de los procedimientos médicos y sanitarios en las IPRESS a nivel nacional, en un marco de equidad, solidaridad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia y calidad de atención;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1032-2019/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la Estimación de Costos Estándar de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud", con la finalidad de contribuir con la mejora de la gestión en el uso eficiente de los recursos públicos que son utilizados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - (PRESS para brindar servicios de salud a la población usuaria;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 951-2019/MINSA se aprueba la Directiva Administrativa N° 276-MINSA/2019/DGAIN: "Metodología para la Estimación de las Tarifas de Procedimientos Médicos o Procedimientos Sanitarios en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud de la población, con oportunidad, calidad, equidad, eficiencia y efectividad; asegurando la sostenibilidad operativa y financiera de las prestaciones de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;

Que, con Resolución Ministerial N°539-2022/MINSA, en su Artículo 1° aprueba la actualización del "Listado de los Procedimientos Médicos y Sanitarios contenidos en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS vigente y su Costo Estándar", publicada mediante Resolución Ministerial N°243-2020/MINSA, conforme al Anexo que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial;

Que, con Resolución Jefatural N°000289-2024-SIS/J, se resuelve en su Artículo 1° aprueba el documento técnico denominado "Anexo N°01 Tarifario de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Seguro Integral de Salud-2024;

Que, con Memorándum N°0441-2025-GRL-GRSL/30.37, emitido por el Director Ejecutivo, donde dispone a quien corresponde proyectar la Resolución Directoral de aprobación del **"TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SANITARIOS"** del Hospital Santa Gema de Yurimaguas";

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Oficina de Asesoría Legal y la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.



N° 149 – 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de abril del 2025

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el "TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SANITARIOS 2025" de la Unidad Ejecutora 1407: Gob. Reg. De Loreto – Hospital Santa Gema de Yurimaguas, del segundo Nivel de Atención, que consta de DOS MIL CIENTO NOVENTICUATRO (2,194) Procedimientos Médicos y Sanitarios, que se Anexa y forman parte íntegra de la presente resolución;

Artículo 2°.- DEJAR SIN EFECTO la Resolución Directoral N° 443-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01 y Resolución Directoral N°291-2022-GRL-DRSL/30.37.03.0;

Artículo 3°.- DISPONER, que la Unidad de Racionalización de la Oficina de Planeamiento Estratégico, a través de la Oficina de Administración, Unidad e Economía, adopte las acciones necesarias para el uso y cumplimiento del Tarifario, aprobado por el artículo 1° de la presente Resolución;

Artículo 4°.- DISPONER, la publicación en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital Santa gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese;



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24715 RNE: 024593



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
1	CONSULTA AMBULATORIA						
	1.1	CONSULTA AMBULATORIA MEDICINA INTERNA					
	1.1.1	99215 CE MEDICINA INTERNA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.2	99215 CE ENDOCRINOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.3	99215 CE HEMATOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.4	99215 CE INFECTOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.5	99215 CE GASTROENTEROLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.6	99215 CE NEUROLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.7	99215 CE CARDIOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.8	99215 CE NEUMOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.9	99215.01 CE PSIQUIATRIA	25.00	33.48	33.48	-	4.39
	1.1.10	99215 CE NEFROLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.11	99215 CE REUMATOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.12	99215 CE GERIATRIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.13	99215.02 CE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	25.00	44.37	44.37	-	4.39
	1.1.14	99209 CE NUTRICION	25.00	27.02	27.02	-	4.39
	1.1.15	99215 CE PSICOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.16	99215 CE ATENCION INMEDIATA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.17	99243 CE PSICOLOGIA VBG (ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO)	25.00	31.44	31.44	-	4.39
	1.1.18	99215 CE MEDICINA FAMILIAR	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.1.19	99215 CE EVALUACION FAMILIAR INTEGRAL (EFI)	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.2	CONSULTA AMBULATORIA CIRUGIA					
	1.2.1	99215 CE CIRUGIA GENERAL	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.2.2	99215 CE OFTALMOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.2.3	99215 CE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.2.4	99215 CE OTORRINOLARINGOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.2.5	99215 CE UROLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.3	CONSULTA AMBULATORIA GINECO-OBSTETRICIA					
	1.3.1	99215 CE GINECOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39
	1.3.2	99215 CE OBSTETRICIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS	
	1.3.3	99215	CE PREOPERATORIO DE GINECO	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.3.4	99215	CE PUERPERAS	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.3.5	99215	CE CONTROL DE OBSTETRICIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.3.6	99412.01	ESTIMULACIÓN PRE - NATAL	25.00	26.75	26.75	-	5.29	
	1.3.7	99412.02	PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA	25.00	31.82	31.82	-	5.29	
	1.3.8	99208	ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SALUD REPRODUCTORA	25.00	39.53	39.53	-	2.44	
	1.3.9	99402	CONSEJERÍA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	25.00	33.72	33.72	-	4.81	
	1.3.10	99215	CE PSICOPROFILAXIS OBSTERICA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.3.11	99215	CE ESTIMULACION PRE - NATAL	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.4	CONSULTA AMBULATORIA ANESTESIOLOGIA							
	1.4.1	99215	CE ANESTESIOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.5	CONSULTA AMBULATORIA ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DERMATOLÓGICAS							
	1.5.1	99215	CE MEDICINA TROPICAL	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.5.2	99215	CE DERMATOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.5.3	99215	CE DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DERMATOLOGICAS	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.6	CONSULTA AMBULATORIA PEDIATRIA							
	1.6.1	99215	CE PEDIATRIA GENERAL	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.6.2	99215	CE NEONATOLOGIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.6.3	99215	CE ATENCION INMEDIATA PEDIATRIA	25.00	33.48	33.48	66.00	4.39	
	1.7	CONSULTA AMBULATORIA ODONTOLOGÍA							
	1.7.1	D0120	EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (SALUD BUCAL O EXAMEN BUCAL)	25.00	36.76	36.76	-	3.11	
	1.7.2	D0140	CONSULTA ESTOMATOLÓGICA NO ESPECIALIZADA EXAMEN BUCAL Y/O ESTOMATOLOGICO	25.00	36.76	36.76	19.00	3.11	
	1.7.3	D0150	EVALUACIÓN ORAL COMPLETA	25.00	36.76	36.76	-	3.11	
	1.7.4	D0160	CONSULTA ESTOMATOLÓGICA ESPECIALIZADA (CONSULTA Y EXAMEN)	25.00	36.76	36.76	-	3.11	
	1.8	TELEMEDICINA							
	1.8.1	99499.01	TELECONSULTA EN LINEA	25.00	42.87	42.87	-	2.83	
	1.8.2	99499.03	TELECONSULTA FUERA DE LINEA	25.00	-	-	-	2.83	
	1.8.3	99499.1	TELEMONITOREO	25.00	37.35	37.35	-	2.83	
	1.8.4	99499.08	TELEORIENTACIÓN SINCRONA	25.00	27.96	27.96	-	2.83	
	1.8.5	99499.09	TELEORIENTACIÓN ASÍNCRONA	25.00	31.83	31.83	-	2.83	
	1.8.6	99499.1	TELEMONITOREO	25.00	37.35	37.35	-	2.83	
	1.8.7	99499.1	INTERCONSULTA SINCRONA	25.00	60.81	60.81	-	2.83	
	1.8.8	99499.1	INTERCONSULTA ASÍNCRONA	25.00	49.77	49.77	-	2.83	



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
1.9	OTRAS ATENCIONES						
1.9.1	99381	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO	0.00	52.17	52.17	-	2.89
1.9.2	99381.01	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED NEONATO	0.00	52.17	52.17	-	13.55
1.9.3	99382	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED DE 1 A 4 AÑOS	0.00	52.17	52.17	-	2.89
1.9.4	99383	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED DE 5 A 11 AÑOS	0.00	52.17	52.17	-	2.89
1.9.5	99206	ATENCION DE ENFERMERIA EN II, III NIVEL DE ATENCIÓN Y/O CONTROL DE ENFERMERIA	10.00	22.84	22.84	-	2.33
1.9.6	99206.01	ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN II, III NIVEL DE ATENCIÓN (ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS)	10.00	-	-	-	-
1.9.7	99206.02	ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO SUPERVISADO DE TB MULTIDROGORRESISTENTE	10.00	41.48	41.48	-	3.80
1.9.8	99206.03	RETO ANTE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)	10.00	-	-	-	-
1.9.9	99384	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE	10.00	43.31	43.31	-	2.89
1.9.10	99401.05	CONSEJERÍA EN ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO	10.00	29.99	29.99	-	3.40
1.9.11	99401	CONSEJERÍA INTEGRAL	10.00	33.32	33.32	-	1.44
1.9.12	99402.05	CONSEJERIA A/ORIENTACION EN PREVENCION DE ITS, VIH, HEPATITIS B	10.00	26.53	26.53	-	7.21
1.9.13	9402.09	CONSEJERÍA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SALUD MENTAL CONSEJERÍA ESPECIAL (VIH/SALUD MENTAL)	10.00	-	-	-	-
1.9.14	99366	REUNIÓN DEL O LOS MÉDICOS TRATANTES CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES NO MÉDICOS DE LA SALUD)	10.00	269.88	269.88	-	5.58
1.9.15	99367	JUNTA MÉDICA DEL O LOS MÉDICOS TRATANTES CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES DE LA SALUD (PARTICIPACIÓN DE MEDICOS)	10.00	133.72	133.72	-	3.51
1.9.16	99207	ATENCIÓN EN SALUD MENTAL	10.00	43.03	43.03	-	2.04
1.9.17	99210	ATENCIÓN DE SERVICIO SOCIAL	10.00	35.37	35.37	-	2.00
1.9.18	96100.02	ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA PSICOLÓGICA	8.00	29.83	29.83	-	4.07
1.9.19	99252	CONSEJERÍA NUTRICIONAL DE NIÑOS EN RIESGO	8.00	42.38	42.38	-	3.4
1.9.20	99401	CONSEJERÍA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O PROVISIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PROPORCIONADOS A INDIVIDUO, DURANTE APROXIMADAMENTE 15 MINUTOS (P. EJ. CONSEJERÍA INTEGRAL)	8.00	33.32	33.32	-	1.44
1.9.21	99401.02	CONSEJERÍA EN IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA HORA, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. TÉCNICAS DE AMAMANTAMIENTO, EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE LA LECHE	8.00	26.27	26.27	-	4.81
1.9.22	99401.03	CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 06 MESES	8.00	26.27	26.27	-	4.81
1.9.23	99401.04	CONSEJERÍA EN CORTE Y CUIDADO DEL CORDÓN UMBILICAL		26.27	26.27	-	4.81
1.9.24		CONSEJERÍA EN ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO	8.00	29.99	29.99	-	3.4
1.9.25	99401.06	CONSEJERÍA EN IMPORTANCIA DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (4 CONTROLES)	0.00	25.72	25.72	-	4.81



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	1.9.26 99401.07	CONSEJERÍA EN INMUNIZACIONES	0.00	26.78	26.78	-	4.81
	1.9.27 99401.08	CONSEJERÍA DE IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA	8.00	26.27	26.27	-	4.81
	1.9.28 99401.1	CONSEJERÍA EN HIGIENE DEL RECIÉN NACIDO, NIÑO O NIÑA Y CUIDADO EN EL HOGAR	8.00	25.72	25.72	-	4.81
	1.9.29 99401.11	CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.30 99401.12	CONSEJERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES PREVALENTES (EDA, IRA, ENTRE OTRAS)	8.00	25.72	25.72	-	4.81
	1.9.31 99401.13	CONSEJERÍA EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	8.00	25.14	25.14	-	4.81
	1.9.32 99401.15	CONSEJERÍA EN HABILIDADES SOCIALES	8.00	32.86	32.86	-	4.81
	1.9.33 99401.16	CONSEJERÍA EN SALUD OCULAR	8.00	25.14	25.14	-	4.81
	1.9.34 99401.17	CONSEJERÍA Y ACOMPAÑAMIENTO EN ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEOS DE LECHE MATERNA A NEONATOS EXPUESTOS AL VIH	8.00	25.06	25.06	-	4.81
	1.9.35 99401.18	CONSEJERÍA EN SALUD BUCAL	8.00	25.14	25.14	-	1.44
	1.9.36 99401.19	CONSEJERÍA PARA EL AUTOCUIDADO	8.00	34.10	34.10	-	5.13
	1.9.37 99401.2	CONSEJERÍA EN USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	8.00	28.34	28.34	-	5.13
	1.9.38 99401.21	CONSEJERÍA EN FOMENTO DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL	8.00	36.10	36.10	-	7.13
	1.9.39 99401.22	CONSEJERÍA EN USO DEL TIEMPO LIBRE Y PARTICIPACIÓN EN CÍRCULOS DE ADULTOS MAYORES		26.02	26.02	-	4.81
	1.9.40 99401.23	CONSEJERÍA EN RIESGO DE CONSUMO DE TABACO, COCA, ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS DAÑINAS	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.41 99401.24	CONSEJERÍA EN HIGIENE DE MANOS	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.42 99401.25	CONSEJERÍA EN PAUTAS DE CRIANZA, BUEN TRATO, COMUNICACIÓN Y CUIDADOS ADECUADOS	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.43 99401.26	CONSEJERÍA EN RESILIENCIA	8.00	32.21	32.21	-	4.81
	1.9.44 99401.27	CONSEJERÍA EN DEBERES Y DERECHOS, EQUITAD DE GÉNERO, INTERCULTURALIDAD	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.45 99401.28	CONSEJERÍA EN PATERNIDAD RESPONSABLE	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.46 99401.3	CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	8.00	25.59	25.59	-	4.81
	1.9.47 99401.31	CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES; P. E.J., DIABETES, HIPERTENSIÓN, OSTEOPOROSIS, ENTRE OTRAS.	8.00	25.59	25.59	-	4.81
	1.9.48 99401.32	CONSEJERÍA EN MEDICINA ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA - MAC	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.49 99401.33	CONSEJERÍA PRETEST PARA VIH	8.00	25.06	25.06	-	4.81
	1.9.50 99401.34	CONSEJERÍA POSTEST PARA VIH - RESULTADO NO REACTIVO	8.00	25.06	25.06	-	4.81
	1.9.51 99401.35	CONSEJERÍA EN FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO PSICOAFECTIVO Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN POST PARTO (A LOS 7 DÍAS DESPUÉS DEL PARTO)	8.00	26.27	26.27	-	4.81
	1.9.52 99401.36	CONSEJERÍA INTEGRAL EN PRÁCTICAS SALUDABLES PARA LA SALUD RESPIRATORIA	8.00	25.14	25.14	-	4.81
	1.9.53 99401.37	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO POR EXPOSICIÓN A METALES PESADOS Y OTRAS SUSTANCIAS QUÍMICAS.	8.00	25.14	25.14	-	4.81



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	1.9.54	99402	CONSEJERÍA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O PROVISIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PROPORCIONADOS A INDIVIDUO, DURANTE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS (P. EJ. EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR)	8.00	33.72	33.72	-	4.81
	1.9.55	99402.02	CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, HIPERGLICEMIA Y DISLIPIDEMIA	8.00	31.18	31.18	-	4.19
	1.9.56	99402.03	ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	8.00	26.53	26.53	-	4.81
	1.9.57	99402.04	ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR	0.00	26.53	26.53	-	3.05
	1.9.58	99402.05	ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PREVENCIÓN DE ITS, VIH, HEPATITIS B	8.00	26.53	26.53	-	7.21
	1.9.59	99402.06	ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN PERIMENOPAUSIA, MENOPAUSIA Y CLIMATERIO	8.00	26.53	26.53	-	4.81
	1.9.60	99402.08	CONSEJERÍA PREVENTIVA EN FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER	0.00	26.53	26.53	-	4.81
	1.9.61	99402.09	CONSEJERÍA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN SALUD MENTAL	8.00	32.86	32.86	-	7.21
	1.9.62	99402.1	CONSEJERÍA EN PROBLEMAS DE VIOLENCIA, ABUSO SEXUAL, ABANDONO	0.00	25.14	25.14	-	4.81
	1.9.63	99402.11	ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN CULTURA DE PAZ	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.64	99402.12	ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO	0.00	25.14	25.14	-	4.81
	1.9.65	99402.14	CONSEJERÍA EN PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y SALUD MENTAL	8.00	25.14	25.14	-	4.81
	1.9.66	99402.16	CONSEJERÍA DE SOPORTE A PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (PVVS)	0.00	32.10	32.10	-	4.81
	1.9.67	99402.17	CONSEJERÍA DE ACTIVIDAD FÍSICA	8.00	26.02	26.02	-	4.81
	1.9.68	99403	CONSEJERÍA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O PROVISIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PROPORCIONADOS A INDIVIDUO, DURANTE APROXIMADAMENTE 45 MINUTOS (P. EJ. CONSEJERÍA NUTRICIONAL)	8.00	60.82	60.82	-	4.81
	1.9.69	99403.01	CONSEJERÍA NUTRICIONAL: ALIMENTACIÓN SALUDABLE	8.00	24.75	24.75	-	2.86
	1.9.70	99403.03	CONSEJERÍA POSTEST PARA VIH - RESULTADO REACTIVO	0.00	25.06	25.06	-	7.21
	1.9.71	99404	CONSEJERÍA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O PROVISIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PROPORCIONADOS A INDIVIDUO, DURANTE APROXIMADAMENTE 60 MINUTOS	8.00	48.11	48.11	-	4.81
	1.9.72	99404.01	CONSEJERÍA EN PRÁCTICAS SALUDABLES DE HIGIENE Y AMBIENTE (VIVIENDA Y ENTORNO)	8.00	25.45	25.45	-	5.13
	1.9.73	99411	CONSEJERÍA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O PROVISIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PROPORCIONADOS A INDIVIDUOS EN GRUPO, DURANTE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS	8.00	32.13	32.13	-	4.77
	1.9.74	99411	CONSEJERÍA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O PROVISIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PROPORCIONADOS A INDIVIDUOS EN GRUPO, DURANTE APROXIMADAMENTE 60 MINUTOS .	8.00	26.75	26.75	-	5.29
			ESTIMULACIÓN PRENATAL					



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	1.9.75	99412.02	CONSEJERÍA EN MEDICINA PREVENTIVA Y/O PROVISIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PROPORCIONADOS A INDIVIDUOS EN GRUPO, DURANTE APROXIMADAMENTE 60 MINUTOS, PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	8.00	31.82	31.82	-	5.29
	1.9.76	C2061	CONSEJERÍA FAMILIAR	8.00	28.64	28.64	-	4.81
2	CONSULTA EN EMERGENCIA							
	2.1	ATENCIÓN EN TÓPICO						
	2.1.1	99284	CONSULTA EN TÓPICO DE MEDICINA	10.00	133.22	133.22	-	6.88
	2.1.2	99284	CONSULTA EN TÓPICO DE CIRUGÍA	10.00	133.22	133.22	-	6.88
	2.1.3	99284	CONSULTA EN TÓPICO DE PEDIATRÍA	10.00	133.22	133.22	-	6.88
	2.1.4	99284	CONSULTA EN TÓPICO DE GINECO-OBSTETRICIA	10.00	133.22	133.22	-	6.88
	2.1.5	99285.02	EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL EN LA CLAVE ROJA (EMERGENCIA OBSTÉTRICA)	25.00	271.41	271.41	-	90.00
	2.1.6	99285.03	EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL EN LA CLAVE AZUL (EMERGENCIA OBSTÉTRICA)	25.00	207.78	207.78	-	74.79
	2.1.7	99285.04	EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL EN LA CLAVE AMARILLA (EMERGENCIA OBSTÉTRICA)	25.00	205.99	205.99	-	72.99
	2.1.8	99284.01	MANEJO INICIAL CONSULTA EN EMERGENCIA PROBLEMA ES DE ALTA SEVERIDAD Y REQUIERE DE EVALUACIÓN URGENTE POR EL MÉDICO PERO NO PONE EN RIESGO INMEDIATO A LA VIDA. (PRIORIDAD II)	25.00	142.28	142.28	-	10.12
	2.1.9	99281	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA AL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO AL PROBLEMA, DECISIÓN MEDICA SIMPLE Y DIRECTA USUALMENTE EL PROBLEMA ES AUTOLIMITADO Y DE MENOR COMPLEJIDAD (PRIORIDAD IV)	10.00	73.48	73.48	-	5.71
	2.1.10	99282	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA EXTENDIDA DEL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO-EXTENDIDO DEL PROBLEMA DECISIÓN MEDICA DE BAJA COMPLEJIDAD USUALMENTE EL PROBLEMA ES DE BAJA SEVERIDAD. (PRIORIDAD III)	10.00	77.56	77.56	-	10.12
	2.1.11	99283	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA EXTENDIDA DEL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO FOCALIZADO-EXTENDIDO DEL PROBLEMA DECISIÓN MEDICA DE MODERADA COMPLEJIDAD USUALMENTE EL PROBLEMA ES DE MODERADA SEVERIDAD. (PRIORIDAD III)	10.00	73.48	73.48	-	5.81





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
2.1	ATENCIÓN EN TRAUMA SHOCK						
2.1.1	99285	CONSULTA EN EMERGENCIA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE QUE REQUIERE DE ESTOS TRES COMPONENTES: HISTORIA FOCALIZADA EXTENDIDA DEL PROBLEMA, EXAMEN CLÍNICO COMPLETO DEL PROBLEMA DECISIÓN MEDICA DE ALTA COMPLEJIDAD USUALMENTE EL PROBLEMA ES DE DE ALTA SEVERIDAD Y PONE EN RIESGO INMEDIATO LA VIDA O DETERIORO SEVERO FUNCIONAL. (PRIORIDAD I)	180.00	217.80	217.80	-	19.31
2.1.2	99285.01	MANEJO INICIAL CONSULTA EN EMERGENCIA PROBLEMA DE ALTA SEVERIDAD Y PONE EN RIESGO INMEDIATO LA VIDA O DETERIORO SEVERO FUNCIONAL. (PRIORIDAD I)	150.00	189.54	189.54	-	11.1
2.3	ATENCIÓN EN OBSERVACIÓN						
2.3.1	99219	EVALUACIÓN Y MANEJO INICIALES POR DÍA DE UN PACIENTE EN OBSERVACIÓN QUE REQUIERE ESTOS TRES ELEMENTOS CLAVE: UNA ANAMNESIS COMPLETA; UN EXAMEN FÍSICO COMPLETO; UNA TOMA DE DECISIONES MÉDICA DE MODERADA COMPLEJIDAD. SE PROVEE CONSEJERÍA Y/O COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN CON OTROS PROVEEDORES U ORGANISMOS DE MANERA CONSISTENTE CON LA NATURALEZA DEL PROBLEMA (S) Y LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA. USUALMENTE, EL(LOS) PROBLEMA(S) DE SALUD QUE GENERARON EL INGRESO A OBSERVACIÓN SON DE MODERADA GRAVEDAD	30.00	116.33	116.33	57.00	16.05
2.3.2	99255	INTERCONSULTA PARA LA EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE NUEVO O CONTINUADOR QUE SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO O EN UN INSTITUCIÓN DONDE RECIBE CUIDADOS INTENSIVOS	15.00	96.11	96.11	0.00	4.69
2.3.3	99234	EVALUACIÓN Y MANEJO SUBSECUENTES DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO O EN OBSERVACIÓN, INCLUYENDO LA ADMISIÓN Y EL ALTA EN UN MISMO DÍA	30.00	387.26	387.26	-	56.92
2.3.4	99235	ATENCIÓN EN SALA DE OBSERVACIÓN DE 12 HORAS A 24 HORAS (NEONATOS, NIÑOS Y ADOLESCENTES)	60.00	387.26	387.26	-	17.7
3	ATENCIÓN DE INTERCONSULTAS					-	
3.1	INTERCONSULTA MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES					-	
3.1.1	99244	IC MEDICINA INTERNA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
3.1.2	99244	IC ENDOCRINOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
3.1.3	99244	IC HEMATOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
3.1.4	99244	IC INFECTOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
3.1.5	99244	IC GASTROENTEROLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
3.1.6	99244	IC NEUROLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
3.1.7	99244	IC CARDIOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
3.1.8	99244	IC NEUMOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	3.1.9	99244 IC PSIQUIATRIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.10	99244 IC NEFROLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.11	99244 IC REUMATOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.12	99244 IC GERIATRIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.13	99244 IC MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.14	99244 IC NUTRICION	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.15	99244 IC PSICOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.16	99244 IC MEDICINA FAMILIAR	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.1.17	99244 IC DERMATOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.2	INTERCONSULTA CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES					
	3.2.1	99244 IC CIRUGIA GENERAL	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.2.2	99244 IC OFTALMOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.2.3	99244 IC TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.2.4	99244 IC OTORRINOLARINGOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.2.5	99244 IC UROLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.3	INTERCONSULTA GINECO-OBSTETRICIA					
	3.3.1	99244 IC GINECOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.3.2	99244 IC OBSTETRICIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.4	INTERCONSULTA ANESTESIOLOGIA					
	3.4.1	99244 IC ANESTESIOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.5	INTERCONSULTA ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DERMATOLÓGICAS					
	3.5.1	99244 IC MEDICINA TROPICAL	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.5.2	99244 IC DERMATOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.5.3	99244 IC ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y DERMATOLOGICAS	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.6	INTERCONSULTA PEDIATRIA					
	3.6.1	99244 IC PEDIATRIA GENERAL	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.6.2	99244 IC NEONATOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.7	INTERCONSULTA DE SALUD					
	3.7.1	99244 IC ODONTOLOGIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.7.2	99244 IC ODONTOPEDIATRIA	25.00	42.33	42.33	-	4.69
	3.8	INTERCONSULTA SERVICIO SOCIAL					
	3.8.1	99244 IC SERVICIO SOCIAL	25.00	42.33	42.33	-	4.69





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
4	ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN						
4.1	HOSPITALIZACIÓN EN MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES						
4.1.1	99262	DÍA PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL (INCLUYE ADMISIÓN Y ALTA)	25.00	375.49	375.49	67.00	56.92
4.1.2	99221	CUIDADOS HOSPITALARIOS INICIALES	25.00	441.24	441.24	-	16.75
4.1.3	99231	ATENCIÓN PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN CONTINUADA	25.00	392.99	392.99	-	16.75
4.1.4	99231.02	ATENCIÓN PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN CARDIOLOGÍA	25.00	392.99	392.99	-	44.53
4.1.5	99231.29	ATENCIÓN PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN CONTINUADA EN NEUMOLOGÍA	25.00	392.99	392.99	-	16.75
4.2	HOSPITALIZACIÓN EN CIRUGÍA						
4.2.1	99262	DÍA PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL (INCLUYE ADMISIÓN Y ALTA)	25.00	375.49	375.49	67.00	56.92
4.2.2	99221	CUIDADOS HOSPITALARIOS INICIALES	25.00	441.24	441.24	-	16.75
4.2.3	99231	ATENCIÓN PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN CONTINUADA	25.00	392.99	392.99	-	16.75
4.3	HOSPITALIZACIÓN EN PEDIATRÍA						
4.3.1	99262	DÍA PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL (INCLUYE ADMISIÓN Y ALTA)	25.00	375.49	375.49	67.00	56.92
4.3.2	99221	CUIDADOS HOSPITALARIOS INICIALES	25.00	441.24	441.24	-	16.75
4.3.3	99231	ATENCIÓN PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN CONTINUADA	25.00	392.99	392.99	-	16.75
4.4	HOSPITALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA						
4.4.1	99262	DÍA PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN GENERAL (INCLUYE ADMISIÓN Y ALTA)	25.00	375.49	375.49	67.00	56.92
4.4.2	99221	CUIDADOS HOSPITALARIOS INICIALES	25.00	441.24	441.24	-	16.75
4.4.3	99231	ATENCIÓN PACIENTE DÍA HOSPITALIZACIÓN CONTINUADA	25.00	392.99	392.99	-	16.75
4.4.4	99231.11	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACIÓN ESPECIALIZADA CONTINUADA EN GINECOLOGÍA	25.00	402.17	402.17	-	53.71
4.4.5	99231.16	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA HOSPITALIZACIÓN CONTINUADA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	25.00	402.17	402.17	-	53.71
4.5	HOSPITALIZACIÓN CUIDADOS CRÍTICOS (UCI - UCIN)						
4.5.1	99263	DÍA PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTERMEDIOS (INCLUYE ADMISIÓN Y ALTA)	180	850.98	850.98	190.00	157.8
4.5.2	99293	ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS, DÍA PACIENTE	180	1417.96	1417.96	-	320.43
4.5.3	99295	ATENCIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DÍA PACIENTE	220	1417.96	1417.96	456.00	74
4.5.4	99305	ATENCIÓN PACIENTE-DÍA CUIDADOS INTERMEDIOS	150	1149.08	1149.08	-	50.68
4.5.5	99291	EVALUACIÓN Y MANEJO DE UN PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO EN UCI. ESTE CÓDIGO ESTA RESERVADO PARA LOS PRIMEROS 30-74 MINUTOS DE MANEJO	350	-	-	304.00	-
4.5.6	99291.01	SERVICIOS DE CUIDADOS CRÍTICOS BRINDADOS POR MÉDICO, CARA A CARA, DURANTE UN TRANSPORTE ASISTIDO DE PACIENTE ADULTO CRÍTICO O FUERTEMENTE LESIONADO; PRIMEROS 30-74 MINUTOS DE ATENCIÓN DIRECTA DURANTE EL TRANSPORTE	420	-	-	-	-



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
5	SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA						
5.1	BIOQUÍMICA						
5.1.1	84402	TESTOSTERONA; LIBRE	64.17	42.78	42.78	-	20.28
5.1.2	84403	TESTOSTERONA; TOTAL	64.17	42.78	42.78	-	20.28
5.1.3	84432	TIROGLOBULINA	53.20	-	-	-	22.22
5.1.4	84436	TIROXINA; TOTAL	52.98	35.32	35.32	-	12.48
5.1.5	84439	TIROXINA; LIBRE	47.32	31.55	31.55	-	11.18
5.1.6	84442	TIROXINA, GLOBULINA TRANSPORTADORA (TBG)	23.76	15.84	15.84	-	6.19
5.1.7	84443	HORMONA ESTIMULANTE DE LA TIROIDES (TSH)	48.82	32.55	32.55	-	20.32
5.1.8	84450	ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT)	21.77	14.51	14.51	-	4.49
5.1.9	84460	TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)	21.58	14.39	14.39	-	4.49
5.1.10	84466	TRANSFERRINA	25.00	-	-	-	12.52
5.1.11	84466.02	SATURACION DE TRANSFERINA	25.00	-	-	-	12.52
5.1.12	84478	TRIGLICÉRIDOS	23.10	15.40	15.40	-	6.19
5.1.13	84480	TRIYODOTIRONINA T3; TOTAL (TT-3)	55.31	36.87	36.87	-	15.28
5.1.14	84481	TRIYODOTIRONINA T3; LIBRE	52.61	35.08	35.08	-	18.28
5.1.15	84484	TROPONINA, CUANTITATIVA	68.66	45.71	45.71	-	N/C
5.1.16	84510	TIROSINA	52.98	35.32	35.32	-	12.48
5.1.17	84512	TROPONINA, CUALITATIVA	68.66	45.71	45.71	-	6.19
5.1.18	84520	NITRÓGENO UREICO; CUANTITATIVO	22.07	14.71	14.71	-	4.03
5.1.19	84540	NITRÓGENO UREICO, EN ORINA	25.00	-	-	-	6.36
5.1.20	80051	PERFIL DE ELECTROLITO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LOS SIGUIENTES: DIÓXIDO DE CARBONO (82374), CLORURO (82435), POTASIO (84132) Y SODIO (84295)	32.66	21.77	21.77	-	7.45
5.1.21	82020	DOSAJE DE ADA (ADENOSINADEAMINASA)	42.14	28.09	28.09	-	6.09
5.1.22	82024	DOSAJE DE HORMONA ADRENOCORTICOTRÓPICA (ACTH)	31.50	-	-	-	10.5
5.1.23	82040	DOSAJE DE ALBÚMINA; SUERO, PLASMA O SANGRE TOTAL	21.21	14.14	14.14	-	3.67
5.1.24	82042	DOSAJE DE ALBÚMINA EN ORINA U OTRA FUENTE, CUANTITATIVA, CADA MUESTRA	31.00	-	-	-	3.67
5.1.25	82043	DOSAJE DE ALBÚMINA EN ORINA, MICROALBÚMINA, CUANTITATIVA	21.33	14.22	14.22	-	13.01
5.1.26	82044	DOSAJE DE ALBÚMINA EN ORINA, MICROALBÚMINA SEMICUANTITATIVA (P. EJ. ENSAYO CON TIRA REACTIVA)	45.03	30.02	30.02	-	13.01





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.1.27	80055	PERFIL OBSTÉTRICO, ESTE PERFIL DEBERÁ INCLUIR LO SIGUIENTE: HEMOGRAMA COMPLETO (CBC), CONTAR CON UNA PRUEBA DE SANGRE AUTOMATIZADA Y DIFERENCIAL AUTOMATIZADO WBC (85025 O 85027 Y 85004) O RECuento SANGUÍNEO COMPLETO (CBC), AUTOMATIZADOS (85027) Y RECuento LEUCOCITARIO DIFERENCIAL MANUAL APROPIADO (85007 O 85009), ANTÍGENO DE SUPERFICIE PARA HEPATITIS B (HBSAG) (87340), RUBÉOLA (86762), PRUEBA DE SÍFILIS, ANTICUERPOS NO TREPONÉMICOS; CUALITATIVO (EJEMPLO: VDRL, RPR, ART) (86592) TAMIZAJE DE ANTICUERPOS A ERITROCITOS, CADA TÉCNICA SÉRICA (86850), TIPIFICACIÓN SANGUÍNEA, ABO (86900), Y TIPIFICACIÓN RH (D) (86901)	98.00	-	-	-	24.1
	5.1.28	80057	PERFIL PREOPERATORIO (HEMOGRAMA 3RA. GENERACIÓN, GRUPOS SANGUÍNEO, FACTOR RH, TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRÍA, TIEMPO DE PROTROMBINA, GLUCOSA, HIV, VDRL, EXAMEN COMPLETO DE ORINA)	99.00	-	-	-	22.79
	5.1.29	80061	PERFIL LIPÍDICO, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: COLESTEROL, SUERO TOTAL (82465), MEDICIÓN DIRECTA DE LIPOPROTEÍNA, COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD (HDL) (83718) Y TRIGLICÉRIDOS (84478)	49.08	32.72	32.72	-	13.46
	5.1.30	80062	PERFIL CARDÍACO: CPK, CPK-MB, DHL, TGO	78.00	-	-	-	12.31
	5.1.31	80063	PERFIL DE COAGULACIÓN BÁSICO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	60.98	40.65	40.65	-	15.69
	5.1.32	80072	PERFIL REUMATOIDEO (DENOMINACIÓN ADAPTADA, SIN CPT ESTÁNDAR DE REFERENCIA)	51.00	-	-	-	9.85
	5.1.33	80076	PERFIL DE LA FUNCIÓN HEPÁTICA, ESTE PERFIL DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: ALBÚMINA (82040), TOTAL DE BILIRRUBINA (82247), BILIRRUBINA DIRECTA (82248), ALCALINA FOSFATASA (84075), PROTEÍNAS TOTALES (84155), ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT) (SGPT) (84460), ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST) (SGOT) (84450)	55.93	37.29	37.29	-	13.9
	5.1.34	80090	EXÁMEN DE ANTICUERPOS TORCH. ESTA BATERÍA DEBE INCLUIR LAS SIGUIENTES PRUEBAS: ANTICUERPO CONTRA EL CITOMEGALOVIRUS (CMV) (86644); ANTICUERPO CONTRA EL HERPES SIMPLE, TIPO DE PRUEBA NO ESPECÍFICA (86694); ANTICUERPO CONTRA LA RUBÉOLA (86762); ANTICUERPO CONTRA EL TOXOPLASMA (86777)	149.45	99.63	99.63	-	36.32
	5.1.35	80099	TAMIZAJE NEONATAL: (HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO, HIPERPLASIA SUPRARRENAL, FENILCETONURIA, FIBROSIS QUÍSTICA)	149.44	99.63	99.63	-	49.55
	5.1.36	82085	DOSAJE DE ALDOLASA	28.00	-	-	-	6.89
	5.1.37	82088	DOSAJE DE ALDOSTERONA	31.00	-	-	-	17.63
	5.1.38	82105	DOSAJE DE ALFA-FETOPROTEÍNA; SÉRICA	49.90	33.27	33.27	-	12.7
	5.1.39	82106	DOSAJE DE AMILASA	24.22	16.15	16.15	-	7.88



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.1.40	82157	DOSAJE DE ANDROSTENEDIONA	38.00	-	-	-	16.84
	5.1.41	82163	DOSAJE DE ANGIOTENSINA II	-	-	-	-	24.21
	5.1.42	82232	DOSAJE DE BETA-2-MICROGLOBULINA	-	-	-	-	14.04
	5.1.43	82247	DOSAJE DE BILIRRUBINA; TOTAL	22.72	15.15	15.15	-	3.64
	5.1.44	82248	DOSAJE DE BILIRRUBINA; DIRECTA	21.34	14.23	14.23	-	6.64
	5.1.45	82300	DOSAJE DE CADMIO	121.01	80.87	80.87	-	N/C
	5.1.46	82310	DOSAJE DE CALCIO; TOTAL	20.93	13.95	13.95	-	3.96
	5.1.47	82330	DOSAJE DE CALCIO; IONIZADO	-	-	-	-	4.97
	5.1.48	82340	DOSAJE CUANTITATIVO DE CALCIO EN ORINA, MUESTRA CON TIEMPO MEDIDO	21.59	14.40	14.40	-	11.11
	5.1.49	82378	DOSAJE DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNICO (CEA)	52.35	34.90	34.90	-	14.65
	5.1.50	82382	DOSAJE DE CATECOLAMINAS TOTALES EN ORINA	-	-	-	-	6.8
	5.1.51	82390	DOSAJE DE CERULOPLASMINA	-	-	-	-	7.95
	5.1.52	82435	DOSAJE DE CLORURO; EN SANGRE	-	-	-	-	3.86
	5.1.53	82436	DOSAJE DE CLORURO; ORINA	-	-	-	-	6.46
	5.1.54	82465	DOSAJE DE COLESTEROL TOTAL EN SANGRE COMPLETA O SUERO	20.82	13.88	13.88	-	4.27
	5.1.55	82480	DOSAJE DE COLINESTERASA; SÉRICA	-	76.94	76.94	-	6.19
	5.1.56	80426	PERFIL DE ESTIMULACIÓN POR HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS ESTA BATERÍA DEBE INCLUIR LO SIGUIENTE: HORMONA FOLÍCULOESTIRNULANTE (FSH) (83001 X 4) HORMONA LUTEINIZANTE (LH) (83002 X 4)	-	-	-	-	-
	5.1.57	82530	DOSAJE DE CORTISOL; LIBRE	-	-	-	-	9.02
	5.1.58	82533	DOSAJE DE CORTISOL; TOTAL	42.46	28.31	28.31	-	10.39
	5.1.59	82550	DOSAJE DE CREATINA QUINASA (CK), (CPK); TOTAL	22.79	15.19	15.19	-	5.72
	5.1.60	82553	DOSAJE DE CREATINA QUINASA (CK), (CPK); FRACCIÓN MB SOLAMENTE	27.88	18.58	18.58	-	7.8
	5.1.61	82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE	20.03	13.35	13.35	-	3.5
	5.1.62	82570	DOSAJE DE CREATININA; OTRA FUENTE	-	-	-	-	-
	5.1.63	82575	DOSAJE DE CREATININA; DEPURACIÓN	20.03	13.35	13.35	-	5.64
	5.1.64	82607	DOSAJE DE CIANOCOBALAMINA (VITAMINA B-12)	44.95	29.97	29.97	-	6.19
	5.1.65	81000	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES; NO AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	16.49	11.00	11.00	9.00	1.92





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.1.66	81001	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES; AUTOMATIZADO, CON MICROSCOPIA	23.05	15.37	15.37	8.00	1.92
	5.1.67	81003	ANÁLISIS DE ORINA POR TIRA DE ANÁLISIS O REACTIVO EN TABLETA, PARA BILIRRUBINA, GLUCOSA, HEMOGLOBINA, CETONAS, LEUCOCITOS, NITRITO, PH, PROTEÍNAS, GRAVEDAD ESPECÍFICA, UROBILINÓGENO, CUALQUIER NÚMERO DE ESTOS COMPONENTES; AUTOMATIZADO, SIN MICROSCOPIA	23.05	15.37	15.37	8.00	8.08
	5.1.68	81005	ANÁLISIS DE ORINA, CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO, EXCEPTO INMUNOANÁLISIS	19.23	12.82	12.82	7.00	1.92
	5.1.69	81015	ANÁLISIS DE ORINA, SOLAMENTE MICROSCÓPICO	19.23	12.82	12.82	8.00	1.92
	5.1.70	81025	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA, POR EL MÉTODO DE COMPARACIÓN VISUAL DE COLOR	21.55	14.37	14.37	10.00	6.46
	5.1.71	81050	MEDIDA DE VOLUMEN POR PERÍODO DE TIEMPO, CADA PERÍODO DE TIEMPO	25.18	16.79	16.79	-	7.68
	5.1.72	82627	DOSAJE DE DEHIDROEPIANDROSTERONA-SULFATO (DHEA-S)	-	-	-	-	11.15
	5.1.73	82668	DOSAJE DE ERITROPOYETINA	-	-	-	-	8.12
	5.1.74	82670	DOSAJE DE ESTRADIOL	52.86	35.24	35.24	-	22.49
	5.1.75	82671	DOSAJE DE ESTRÓGENOS; FRACCIONADOS	-	-	-	-	7.57
	5.1.76	82677	DOSAJE DE ESTRIOL	-	-	-	-	11.56
	5.1.77	82746	DOSAJE DE ACIDO FÓLICO; SÉRICO	-	-	-	-	9.56
	5.1.78	82784	DOSAJE DE GAMMAGLOBULINA; IGA, IGD, IGG, IGM, CADA UNA	-	-	-	-	8.05
	5.1.79	82785	DOSAJE DE GAMMAGLOBULINA; IGE	-	-	-	-	10.94
	5.1.80	82800	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, PH SOLAMENTE	-	-	-	-	2.81
	5.1.81	82803	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, PCO2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA)	96.89	64.59	64.59	-	6.78
	5.1.82	82803.01	DOSAJE DE GASES ARTERIALES Y ELECTROLITOS (DISPOSITIVO PORTATIL)	83.82	55.88	55.88	-	51.56
	5.1.83	82805	DOSAJE DE GASES EN SANGRE, CUALQUIER COMBINACIÓN DE PH, PCO2, PO2, CO2, HCO3 (INCLUYENDO LA SATURACIÓN DE O2 CALCULADA); CON SATURACIÓN DE O2 POR DETERMINACIÓN DIRECTA, EXCEPTO LA OXIMETRÍA DE PULSO	86.54	57.70	57.70	-	34.04
	5.1.84	82943	DOSAJE DE GLUCAGÓN	-	-	-	-	10.49
	5.1.85	82945	DOSAJE DE GLUCOSA EN FLUIDOS CORPORALES, DIFERENTE DE SANGRE	20.10	13.40	13.40	-	6.19
	5.1.86	82947	DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)	20.10	13.40	13.40	-	3.12
	5.1.87	82948	DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, TIRA REACTIVA	18.20	12.13	12.13	-	3.78
	5.1.88	82951	DOSAJE DE GLUCOSA; DESPUÉS DE UNA DOSIS DE GLUCOSA (INCLUYE GLUCOSA)	20.16	13.44	13.44	-	5.53
	5.1.89	82951	DOSAJE DE GLUCOSA; PRUEBA DE TOLERANCIA (GTT), TRES MUESTRAS (INCLUYE GLUCOSA)	36.93	24.62	24.62	-	9.08



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.1.90 82955	DOSAJE DE GLUCOSA-6-FOSFATO DESHIDROGENASA (G6PD); CUANTITATIVA	20.10	13.40	13.40	-	8.47
	5.1.91 82977	DOSAJE DE GLUTAMIL TRANSFERASA, GAMMA (GGT)	26.32	17.54	17.54	-	6.19
	5.1.92 83001	DOSAJE DE GONADOTROPINA; HORMONA FOLÍCULOESTIMULANTE (FSH)	47.28	31.52	31.52	-	24.19
	5.1.93 83002	DOSAJE DE GONADOTROPINA; HORMONA LUTEINIZANTE (LH)	49.88	33.25	33.25	-	12.44
	5.1.94 83003	DOSAJE DE HORMONA DE CRECIMIENTO HUMANA (HGH) (SOMATOTROPINA)	-	-	-	-	12.79
	5.1.95 83010	DOSAJE DE HAPTOGLOBINA; CUANTITATIVA	44.34	29.56	29.56	-	54.73
	5.1.96 83013	ANÁLISIS DE LA PRUEBA DEL ALIENTO PARA HELICOBACTER PYLORI MEDIANTE ACTIVIDAD DE UREASA, CON ISOTOPO NO-RADIOACTIVO (P. E.J. C-13)	209.63	139.75	139.75	-	103.91
	5.1.97 83020	DOSAJE DE HEMOGLOBINA, FRACCIONAMIENTO Y ANÁLISIS CUANTITATIVO; ELECTROFORESIS (P. E.J. A2, S, C Y/O F)	-	-	-	-	11.97
	5.1.98 83021	DOSAJE DE HEMOGLOBINA, FRACCIONAMIENTO Y ANÁLISIS CUANTITATIVO; CROMATOGRAFÍA (P. E.J. A2, S, C Y/O F)	-	-	-	-	-
	5.1.99 83036	DOSAJE DE HEMOGLOBINA; GLUCOSILADA (A1C)	79.38	52.92	52.92	-	43.73
	5.1.100 83070	DOSAJE DE HEMOSIDERINA; CUALITATIVA	-	-	-	-	8.74
	5.1.101 83491	DOSAJE DE HIDROXICORTICOSTEROIDES, 17- (17-OHCS)	-	-	-	-	6.75
	5.1.102 83497	DOSAJE DE ACIDO HIDROXIINDOLACÉTICO, 5-(HIAA)	-	-	-	-	7.03
	5.1.103 83525	DOSAJE DE INSULINA; TOTAL	42.88	28.59	28.59	-	10.98
	5.1.104 83540	DOSAJE DE HIERRO	24.86	16.57	16.57	-	13.13
	5.1.105 83550	ESTUDIO DE LA CAPACIDAD DE LIGAR EL HIERRO	-	-	-	-	20.51
	5.1.106 83605	DOSAJE DE LACTATO (ÁCIDO LÁCTICO)	26.65	17.77	17.77	-	6.19
	5.1.107 83615	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH)	27.02	18.01	18.01	-	3.96
	5.1.108 83625	DOSAJE DE LACTATO DESHIDROGENASA (LD), (LDH); ISOENZIMAS, SEPARACIÓN Y CUANTIFICACION	-	-	-	-	5.4
	5.1.109 83690	DOSAJE DE LIPASA	28.00	18.67	18.67	-	5.99
	5.1.110 83715	DOSAJE DE LIPOPROTEÍNAS EN SANGRE; SEPARACIÓN Y DETERMINACIÓN CUANTITATIVA POR ELECTROFORESIS	-	-	-	-	9.91
	5.1.111 83718	DETERMINACIÓN DIRECTA DE LIPOPROTEÍNA DE ALTA DENSIDAD (HDL COLESTEROL)	27.07	18.05	18.05	-	7.28
	5.1.112 83719	DETERMINACIÓN DIRECTA DE LIPOPROTEÍNA DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL COLESTEROL)	23.10	15.40	15.40	-	6.43
	5.1.113 83721	DETERMINACIÓN DIRECTA DE LIPOPROTEÍNA DE BAJA DENSIDAD (LDL COLESTEROL)	31.94	21.29	21.29	-	12.18
	5.1.114 83735	DOSAJE DE MAGNESIO	21.22	14.15	14.15	-	6.19
	5.1.115 83825	DOSAJE DE MERCURIO, CUANTITATIVO	67.94	45.30	45.30	-	19.82
	5.1.116 83874	DOSAJE DE MIOGLOBINA	256.08	170.72	170.72	-	14.9
	5.1.117	PRUEBA DE PÉPTIDO NATRIURÉTICO	-	-	-	-	-
	5.1.118 83898	REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)	631.30	420.87	420.87	-	23.77



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.1.119	83930	ANÁLISIS DE OSMOLALIDAD; SANGRE	-	-	-	-	2.21
	5.1.120	83935	ANÁLISIS DE OSMOLALIDAD; ORINA	-	-	-	-	2.46
	5.1.121	83970	DOSAJE DE PARATHORMONA (HORMONA PARATIROIDEA)	96.81	64.54	64.54	-	13.6
	5.1.122	83986	ANÁLISIS DE PH, LÍQUIDO CORPORAL, EXCEPTO SANGRE	36.84	24.56	24.56	-	6.19
	5.1.123	84075	DOSAJE DE FOSFATASA, ALCALINA	21.81	14.54	14.54	-	4.11
	5.1.124	84100	DOSAJE DE FÓSFORO INORGÁNICO (FOSFATO)	20.84	13.89	13.89	-	8.69
	5.1.125	84105	DOSAJE DE FÓSFORO INORGÁNICO (FOSFATO); EN ORINA	-	-	-	-	2.91
	5.1.126	84132	POTASIO; SÉRICO, PLASMA O SANGRE TOTAL	36.56	24.37	24.37	-	6.03
	5.1.127	84133	POTASIO; EN ORINA	-	-	-	-	4.82
	5.1.128	84144	DOSAJE DE PROGESTERONA	52.98	35.32	35.32	-	21.19
	5.1.129	84146	DOSAJE DE PROLACTINA	56.29	37.53	37.53	-	21.19
	5.1.130	84152	DOSAJE DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA); COMPLEJOS (MEDICIÓN DIRECTA)	47.19	31.46	31.46	-	13.55
	5.1.131	84153	DOSAJE DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO TOTAL (PSA)	-	-	-	-	-
	5.1.132	84154	DOSAJE DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO LIBRE (PSA)	-	-	-	-	13.55
	5.1.133	84155	PROTEÍNAS TOTALES, EXCEPTO REFRACTOMETRÍA, SUERO, PLASMA O SANGRE TOTAL	21.92	14.61	14.61	-	3.58
	5.1.134	84156	PROTEÍNA TOTAL, EXCEPTO POR REFRACTOMETRÍA, ORINA	-	-	-	-	-
	5.1.135	84165	PROTEÍNAS; FRACCIONAMIENTO Y DETERMINACIÓN CUANTITATIVA POR ELECTROFORESIS; SUERO	21.92	14.61	14.61	-	9.5
	5.1.136	84166	PROTEÍNAS; FRACCIONAMIENTO Y DETERMINACIÓN CUANTITATIVA POR ELECTROFORESIS, EN OTROS FLUIDOS CON CONCENTRACIÓN (P. EJ. ORINA, LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO)	-	-	-	-	-
	5.1.137	84207	PIRIDOXAL FOSFATO (VITAMINA B-6)	74.91	49.94	49.94	-	N/C
	5.1.138	84244	RENINA	-	-	-	-	12.72
	5.1.139	84295	SODIO; SÉRICO, PLASMA O SANGRE TOTAL	-	-	-	-	4.89
	5.1.140	84300	SODIO; ORINA	-	-	-	-	5.23
	5.1.141	84305	SOMATOMEDINA	-	-	-	-	-
	5.1.142	84550	ACIDO ÚRICO; EN SANGRE	23.90	15.94	15.94	-	3.38
	5.1.143	84560	ACIDO ÚRICO; OTRA FUENTE	-	-	-	-	3.29
	5.1.144	84578	UROBILINÓGENO EN ORINA; CUALITATIVO	-	-	-	-	6.19
	5.1.145	84585	VANILILMANDÉLICO, ÁCIDO (VMA), EN ORINA	-	-	-	-	12.89
	5.1.146	84702	GONADOTROPINA CORIÓICA (HCG); CUANTITATIVA	52.67	35.12	35.12	-	30.42
	5.1.147	84703	GONADOTROPINA CORIÓICA (HCG); CUALITATIVA	52.67	35.12	35.12	-	30.42
	5.1.148	84704	GONADOTROPINA, CORIÓICA (HCG); SUBUNIDAD BETA LIBRE	59.26	39.51	39.51	-	30.13
	5.1.149		PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS QUÍMICO QUE NO APARECE EN LA LISTA	77.64	51.76	51.76	-	6.8





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	EIS
5.1.150	82270		DETERMINACIÓN CUALITATIVA DE SANGRE OCULTA EN HECEs POR ACTIVIDAD PEROXIDASA (PRUEBA DE GUAYACOL); CON MUESTRAS RECOLECTADAS CONSECUTIVAMENTE PARA MEDICION ÚNICA, COMO PARTE DE TAMIZAJE DE NEOPLASIA COLORRECTAL (SE LE PROVEE AL PACIENTE DE TRES RECIPIENTES PARA RECOLECCIÓN CONSECUTIVA)	29.60	19.79	19.79	-	3 08
5.1.151	82728		DOSAJE DE FERRITINA	51.62	34.41	34.41	-	26.84
5.2	CITOPATOLOGÍA							
5.2.1	88150.01		Toma de muestra de Papanicolaou	34.19	22.79	22.79	-	6 43
5.3	HEMATOLOGÍA Y COAGULACIÓN							
5.3.1	85002		TIEMPO DE SANGRÍA	18.77	12.51	12.51	7.00	2 23
5.3.2	85007		FROTIS DE SANGRE CON EXAMEN MICROSCÓPICO CON FÓRMULA DIFERENCIAL MANUAL DE LEUCOCITOS	28.74	19.16	19.16	42.00	7 08
5.3.3	85008		FROTIS DE SANGRE CON EXAMEN MICROSCÓPICO SIN FÓRMULA DIFERENCIAL MANUAL DE LEUCOCITOS	-	-	-	19.00	-
5.3.4	85013		MICROHEMATÓCRITO POR CENTRIFUGACIÓN	25.12	16.74	16.74	5.00	7 51
5.3.5	85014		HEMATÓCRITO	25.12	16.74	16.74	-	2 18
5.3.6	85018		HEMOGLOBINA	28.74	19.16	19.16	6.00	6 24
5.3.7	85023		HEMOGRAMA Y RECUENTO DE PLAQUETAS AUTOMATIZADOS, Y RECUENTO MANUAL DIFERENCIAL DE LEUCOCITOS (CBC)	28.74	19.16	19.16	14.00	9 93
5.3.8	85025		RECUENTO SANGUÍNEO COMPLETO AUTOMATIZADO, (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS	28.74	19.16	19.16	-	9 93
5.3.9	85027		RECUENTO SANGUÍNEO COMPLETO AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS)	28.74	19.16	19.16	26.00	7 08
5.3.10	85031		HEMOGRAMA COMPLETO, 3RA. GENERACIÓN (Nº, FÓRMULA, HB, HTÓ, CONSTANTES CORPUSCULARES, PLAQUETAS)	28.74	19.16	19.16	12.00	9 93
5.3.11	85032		RECUENTO SANGUÍNEO MANUAL (ERITROCITOS, LEUCOCITOS O PLAQUETAS), CADA UNO	28.74	19.16	19.16	4.00	2 53
5.3.12	85044		RECUENTO MANUAL DE RETICULOCITOS	22.78	15.19	15.19	8.00	3 75
5.3.13	85045		RECUENTO AUTOMATIZADO DE RETICULOCITOS	28.74	19.16	19.16	-	5 71
5.3.14	85049		RECUENTO AUTOMATIZADO DE PLAQUETAS	20.08	13.38	13.38	-	4 15
5.3.15	85060		EXTENDIDO DE SANGRE PERIFÉRICA, INTERPRETACIÓN E INFORME ESCRITO POR MÉDICO	28.85	19.23	19.23	4.00	2 43
5.3.16			INTERPRETACIÓN DEL EXTENDIDO DE MÉDULA ÓSEA	76.20	50.80	50.80	3.00	1 91
5.3.17			INHIBIDORES DE LA COAGULACIÓN O ANTICOAGULANTES; PROTEÍNA C, ANTÍGENO	-	-	-	-	-
5.3.18			INHIBIDORES DE LA COAGULACIÓN O ANTICOAGULANTES; PROTEÍNA C, ACTIVIDAD	-	-	-	-	-



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
5.3.19	85384	MEDICIÓN DE ACTIVIDAD DE FIBRINÓGENO	25.99	17.33	17.33	15.00	5.71
5.3.20	85460	HEMOGLOBINA FETAL O ERITROCITOS FETALES, PARA HEMORRAGIA MATERNOFETAL; LISIS DIFERENCIAL (KLEIHAUER-BETKE)	19.36	12.91	12.91	24.00	5.71
5.3.21	85590	RECuento DE PLAQUETAS	20.08	13.39	13.39	5.00	2.47
5.3.22	85599	DETECCIÓN DE CELULAS L.E	55.49	36.99	36.99	-	18.19
5.3.23	85610	TIEMPO DE PROTROMBINA	26.98	17.99	17.99	17.00	6.58
5.3.24	85651	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN DE ERITROCITOS; NO AUTOMATIZADA	30.22	20.15	20.15	4.00	2.65
5.3.25	85652	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN DE ERITROCITOS; AUTOMATIZADA	34.06	22.70	22.70	4.00	13.47
5.3.26	85670	TIEMPO DE TROMBINA; PLASMA	-	-	-	13.00	-
5.3.27	85730	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT); EN PLASMA O SANGRE ENTERA	27.99	18.66	18.66	17.00	6.48
5.3.28	85018.01	HEMOGLOBINA CON HEMOGLOBINÓMETRO	28.92	19.28	19.28	-	6.43
5.3.29	85378	MEDICIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LA DEGRADACIÓN DEL FIBRINA, DIMERO D, CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO	65.88	43.92	43.92	24.00	5.71
5.3.30	85380	MEDICIÓN DE LOS PRODUCTOS DE LA DEGRADACIÓN DEL FIBRINA, DIMERO D, ULTRASENSIBLE (P. EJ. EVALUACIÓN POR TROMBOEMBOLISMO VENOSO), CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO	65.88	43.92	43.92	-	34.69
5.4	BIOQUÍMICA					-	
5.4.1	86000	AGLUTININAS DE FIEBRE (P. EJ. BRUCELLA, FRANCISELLA, TIFUS MURINO, FIEBRE Q, FIEBRE POR GARRAPATAS, MONTAÑAS ROCOSAS, TIFUS DE LOS MATORRALES), CADA ANTÍGENO	34.68	23.12	23.12	12.00	5.99
5.4.2	86006	ESTUDIO SEROLÓGICO COMPLETO DE BRUCELLA	-	-	-	-	-
5.4.3	86007	ESTUDIO DE BRUCELLA: 2-MERCAPTOETANOL	56.51	37.88	37.88	-	10.78
5.4.4	86008	ESTUDIO DE BRUCELLA: AGLUTINACIONES, BLOQUEADORES	52.51	35.01	35.01	-	5.38
5.4.5	86010	ESTUDIO DE BRUCELLA: FENÓMENO DE ZONA	34.68	23.12	23.12	-	5.25
5.4.6	86038	ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA)	57.00	38.00	38.00	24.00	15.6
5.4.7	86060	ANTIESTREPTOLISINA O; TÍTULO	-	-	-	14.00	-
5.4.8	86140	PROTEÍNA C-REACTIVA	42.19	28.13	28.13	17.00	8.38
5.4.9	86147	CARDIOLIPINA, ANTICUERPO, (FOSFOLÍPIDO), CADA CLASE DE IG	63.68	42.45	42.45	38.00	16.85
5.4.10	86148	ANTICUERPO ANTI-FOSFATIDILSERINA (FOSFOLÍPIDO)	55.41	36.94	36.94	38.00	15.6
5.4.11	86160	COMPLEMENTO; ANTÍGENO, CADA COMPONENTE	-	-	-	34.00	-
5.4.12	86162	COMPLEMENTO; TOTAL HEMOLÍTICO (CH50)	-	-	-	26.00	-
5.4.13	86225	ACIDO DESOXIRIBONUCLEICO (ADN), ANTICUERPO CONTRA; ADN NATIVO O DE DOBLE FILAMENTO	-	-	-	42.00	-
5.4.14	86226	ACIDO DESOXIRIBONUCLEICO (ADN), ANTICUERPO CONTRA; UN SOLO FILAMENTO	-	-	-	26.00	-
5.4.15	86227	ANTICUERPOS FLUORESCENTES CONTRA AGENTE NO INFECCIOSO; TÍTULO, CADA ANTICUERPO	-	-	-	39.00	-



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
5.4.16	86316		INMUNOENSAYO CUANTITATIVO PARA OTROS ANTÍGENOS TUMORALES (EJEMPLO: CA50, 72-4, 549), CADA UNO	-	-	-	-	-
5.4.17	86318		INMUNOENSAYO PARA ANTICUERPOS CONTRA AGENTES INFECCIOSOS, CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO, MÉTODO DE UN SOLO PASO (P. EJ. TIRA REACTIVA)	56.71	37.81	37.81	-	15.6
5.4.18	86332		ANÁLISIS DE COMPLEJOS INMUNES	-	-	-	-	-
5.4.19	86360		LINFOCITOS T; RECUENTO ABSOLUTO DE CD4 Y CD8, INCLUYENDO LA RELACIÓN CD4/CD8	-	-	-	43.00	-
5.4.20	86361		LINFOCITOS T; RECUENTO ABSOLUTO DE CD4	246.88	164.44	164.44	43.00	15.8
5.4.21	86430		FACTOR REUMATOIDEO; CUALITATIVO	43.61	29.08	29.08	16.00	5.65
5.4.22	86592		PRUEBA DE SIFILIS; ANTICUERPO NO TREPONÉMICO; CUALITATIVO (P. EJ. VDRL, RPR, ART)	27.91	18.60	18.60	5.00	4.34
5.4.23	86622		ANTICUERPOS; BRUCELLA	26.09	17.39	17.39	16.00	15.19
5.4.24	86631		ANTICUERPOS; CLAMIDIA	44.60	29.73	29.73	-	22.85
5.4.25	86644		ANTICUERPOS; CITOMEGALOVIRUS (CMV)	52.36	34.91	34.91	22.00	22.2
5.4.26	86645		ANTICUERPOS; CITOMEGALOVIRUS (CMV), IGM	52.36	34.91	34.91	22.00	22.45
5.4.27	86677		ANTICUERPOS; HELICOBACTER PYLORI	37.13	24.75	24.75	-	15.6
5.4.28	86689		ANTICUERPOS; ANTICUERPO CONTRA HTLV O HIV, PRUEBA DE CONFIRMACIÓN (EJEMPLO: WESTERN BLOT)	261.97	174.64	174.64	141.00	N/C
5.4.29	86705		ANTICUERPO CONTRA EL ANTÍGENO DE LA NUCLEOCÁPSIDE DE LA HEPATITIS B (HBCAB); ANTICUERPO IGM	48.09	32.06	32.06	36.00	18.13
5.4.30	86706		ANTICUERPO CONTRA EL ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B (HBSAB)	50.39	33.59	33.59	30.00	17.8
5.4.31	86707		ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS BE (HBEAB)	46.93	31.29	31.29	40.00	15.6
5.4.32	86708		ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS A (HAAB); TOTAL	-	-	-	36.00	-
5.4.33	86709		ANTICUERPO CONTRA LA HEPATITIS A (HAAB); ANTICUERPO IGM	-	-	-	30.00	-
5.4.34	86710		ANTICUERPO CONTRA VIRUS DE LA INFLUENZA	-	-	-	-	-
5.4.35	86717		ANTICUERPO CONTRA; LEISHMANIA	64.44	42.96	42.96	-	32.43
5.4.36	86720		ANTICUERPO CONTRA; LEPTOSPIRA	-	-	-	-	-
5.4.37	86738		ANTICUERPO CONTRA; MICOPLASMA	-	-	-	-	-
5.4.38	86750		ANTICUERPO CONTRA; PLASMODIO (MALARIA)	-	-	-	21.00	-
5.4.39	86762		ANTICUERPO CONTRA; RUBÉOLA	52.36	34.91	34.91	28.00	15.7
5.4.40	86777		ANTICUERPO CONTRA; TOXOPLASMA	52.10	34.73	34.73	31.00	17.85
5.4.41	86778		ANTICUERPO CONTRA; TOXOPLASMA, IGM	52.36	34.91	34.91	31.00	17.85
5.4.42	86781		FTA - ABSORBIDO, PRUEBA DE CONFIRMACIÓN TREPONEMA PALLIDUM	25.18	16.78	16.78	33.00	17.27
5.4.43	86900		ANTICUERPO CONTRA LA TIROGLOBULINA	-	-	-	-	-
5.4.44	86900		TIPIFICACIÓN DE SANGRE; ABO	15.49	10.32	10.32	6.00	4.01



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.4.45 86901	TIPIFICACIÓN DE SANGRE; RH (D)	15.55	10.36	10.36	-	2.68
	5.4.46 86920	PRUEBA DE COMPATIBILIDAD PARA CADA UNIDAD; TÉCNICA INMEDIATA DE CENTRIFUGACIÓN	-	-	-	22.00	-
	5.4.47 86920.01	PRUEBA CRUZADA	56.91	37.94	37.94	-	15.19
	5.4.48 86985	FRACCIONAMIENTO DE PRODUCTOS DE LA SANGRE, POR UNIDAD	-	-	-	-	-
	5.4.49 86989	PLASMA FRESCO CONGELADO - PREPARACIÓN Y CONSERVACIÓN DE PLASMA	-	-	-	-	-
	5.4.50 86996	EVALUACIÓN MÉDICA - ATENCIÓN DE DONANTES	-	-	-	-	-
	5.4.51 86235	ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENO NUCLEAR EXTRAÍBLE, CUALQUIER MÉTODO (P. E.J. NRNP, SSA, SS-B, SM, RNPSCL70, JO1), CADA ANTICUERPO (ENA ANTICUERPOS; ANTI-ENA)	-	-	-	39.00	-
	5.4.52 86701	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS; HIV-1	-	-	-	29.00	-
	5.4.53 86703	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS HIV 1-2	43.39	28.93	28.93	29.00	12.81
	5.4.54 86704	DETECCIÓN DE ANTICUERPO CONTRA EL ANTÍGENO DE LA NUCLEOCÁPSIDE DE LA HEPATITIS B (HBCAB); TOTAL	44.33	29.55	29.55	29.00	14.79
	5.4.55 86780	DETECCIÓN DE ANTICUERPO; TREPONEMA PALLIDUM	31.31	20.88	20.88	-	15.6
	5.4.56 86803	DETECCIÓN DE ANTICUERPOS HEPATITIS C	60.64	40.43	40.43	41.00	19.41
	5.4.57 86880	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA (PRUEBA DE COOMBS); DIRECTA, CADA ANTISUERO	78.15	52.10	52.10	11.00	5.71
	5.4.58 86885	PRUEBA DE ANTIGLOBULINA HUMANA (PRUEBA DE COOMBS); INDIRECTA, CUALITATIVA, CADA REACTIVO DE ERITROCITOS (RASTREO DE ANTICUERPOS IRREGULARES)	-	-	-	11.00	-
	5.4.59 86990	PREPARACIÓN DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS (INCLUYE: DESDE LA CAPTACIÓN DE DONANTE HASTA LA ENTREGA DEL HEMOCOMPONENTE)	-	-	-	-	-
	5.5	HEMATOLOGÍA Y COAGULACIÓN					
	5.5.1 87205	FROTIS DE FUENTE PRIMARIA CON INTERPRETACIÓN, CON COLORACIÓN GRAM O GIEMSA O WRIGHT PARA BACTERIAS, HONGOS O TIPOS DE CÉLULAS	25.43	16.95	16.95	-	2.06
	5.5.2 87206	FROTIS DE FUENTE PRIMARIA CON INTERPRETACIÓN; TINCIÓN FLUORESCENTE Y/O ÁCIDO-RESISTENTE PARA BACTERIAS, HONGOS, PARÁSITOS, VIRUS O TIPOS CELULARES	43.72	29.15	29.15	-	8.96
	5.5.3 87207	FROTIS DE FUENTE PRIMARIA CON INTERPRETACIÓN, CON TINCIÓN ESPECIAL PARA CUERPOS DE INCLUSIÓN O PARÁSITOS (P. E.J. MALARIA, COCCIDIOS, MICROSPORIDIOS, TRIPANOSOMAS, VIRUS DE HERPES)	25.94	17.29	17.29	4.00	2.35
	5.5.4 87209	FROTIS DE FUENTE PRIMARIA CON INTERPRETACIÓN, CON TINCIÓN ESPECIAL COMPLEJA (P. E.J. TRICROMO, HEMATOXILINA HIERRO) PARA HUEVOS Y PARASITOS	-	-	-	-	-
	5.5.5 87210	FROTIS CON MONTAJE HÚMEDO PARA IDENTIFICACIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS (P. E.J. SOLUCION SALINA, TINTA DE LA INDIA, PREPARACIONES DE KOH)	26.05	17.37	17.37	-	8.64
	5.5.6	PARASITOLÓGICO - SEDIMENTACIÓN EN COPA	-	-	-	8.00	-





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.5.7	87220	EXAMEN CON KOH DE MUESTRAS DE LA PIEL, PELO, O UÑAS PARA HONGOS, HUEVOS DE ECTOPARÁSITO O ACAROS (EJEMPLO: SARNA)	26.05	17.37	17.37	4.00	2.1
	5.5.8	87230	ANÁLISIS DE TOXINAS O ANTITOXINAS MEDIANTE CULTIVO DE TEJIDOS (P. EJ. TOXINA DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE)	90.35	60.23	60.23	-	11.33
	5.5.9	87276	DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTES INFECCIOSOS MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOFUORESCENCIA; INFLUENZA A VIRUS	-	-	-	16.00	-
	5.5.10	87280	DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTES INFECCIOSOS MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOFUORESCENCIA; VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	94.46	62.97	62.97	-	16.01
	5.5.11	87285	DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTES INFECCIOSOS MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOFUORESCENCIA; TREPONEMA PALLIDUM	-	-	-	-	-
	5.5.12	87340	DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTE INFECCIOSO MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOENSAYO ENZIMÁTICO, CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO, MÉTODO DE VARIOS PASOS; HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE (HBSAG)	47.68	31.79	31.79	15.00	15.28
	5.5.13	87350	DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTE INFECCIOSO MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOENSAYO ENZIMÁTICO, CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO, MÉTODO DE VARIOS PASOS; ANTIGENO HEPATITIS BE (HBEAG)	-	-	-	-	-
	5.5.14	87449	DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTE INFECCIOSO MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOENSAYO ENZIMÁTICO, CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO, MÉTODO DE VARIOS PASOS; PARA UN ORGANISMO NO ESPECIFICADO EN OTRO LUGAR	137.98	91.98	91.98	-	15.6
	5.5.15	87040	CULTIVO BACTERIAL, EN SANGRE, AERÓBICO, CON AISLAMIENTO E IDENTIFICACION PRESUNTATIVA DE CEPAS (INCLUYE CULTIVO ANAEROBICO, SI ES NECESARIO)	55.09	36.73	36.73	29.00	13.82
	5.5.16	87045	CULTIVO BACTERIAL, EN HECES, AERÓBICO, CON AISLAMIENTO E EXAMEN PRELIMINAR (EJEMPLO: KIA, LIA) DE ESPECIES DE SALMONELLA Y SHIGUELLA	48.91	32.60	32.60	31.00	13.02
	5.5.17	87046	CULTIVO BACTERIAL, EN HECES, AERÓBICO, DE PATÓGENOS ADICIONALES., AISLAMIENTO E IDENTIFICACION PRESUNTATIVA DE CEPAS, CADA PLACA	-	-	-	-	-
	5.5.18	87070	CULTIVO BACTERIAL, EN CUALQUIER FUENTE EXCEPTO ORINA, SANGRE O HECES, CON AISLAMIENTO E IDENTIFICACION PRESUNTATIVA DE CEPAS	52.30	34.87	34.87	32.00	13.88
	5.5.19	87086	UROCULTIVO CON RECUENTO DE COLONIAS CUANTITATIVO	65.28	43.52	43.52	-	11.33
	5.5.20	87087	UROCULTIVO Y ANTIBIOGRAMA	65.28	43.52	43.52	27.00	11.87
	5.5.21	87101	CULTIVO DE HONGOS (ESPORA O LEVADURA), AISLAMIENTO (CON O SIN IDENTIFICACIÓN PRESUNTIVA); PIEL, PELO O UÑAS	-	-	-	-	-





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	5.5.22	87102	CULTIVO DE HONGOS (ESPORA O LEVADURA), AISLAMIENTO, CON IDENTIFICACIÓN PRESUNTIVA DE AISLAMIENTOS); OTRA FUENTE (EXCEPTO SANGRE)	43.23	28.82	28.82	-	5.61
	5.5.23	87115	BACILOSCOPIA: BK	25.86	17.24	17.24	-	3.56
	5.5.24	87116	CULTIVO DE BACILOS DE TUBÉRCULO O CUALQUIER OTRO BACILO ÁCIDO-RESISTENTE (P. EJ. TUBERCULOSIS, AFB, MICOBACTERIA); CUALQUIER FUENTE, CON AISLAMIENTO E IDENTIFICACION PRESUNTIVA DE AISLAMIENTOS	116.19	77.46	77.46	20.00	11.33
	5.5.25	87177	EXAMEN DE FROTIS DIRECTO Y DE CONCENTRACIÓN PARA IDENTIFICACIÓN DE HUEVOS Y PARÁSITOS	27.06	18.04	18.04	8.00	2.39
	5.5.26	87179	EXAMEN COPROLÓGICO FUNCIONAL	28.72	19.15	19.15	-	2.23
	5.5.27	87180	INVESTIGACIÓN DE STRONGILOIDES	31.87	21.24	21.24	-	8.19
	5.5.28	87536	DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DEL ARN VIRAL DE VIH-1 POR PCR EN TIEMPO REAL	804.53	536.36	536.36	-	N/C
	6	SERVICIO DE APOYO AL DIAGNÓSTICO - IMAGENOLÓGIA						
6.1	RAYOS X							
6.1.1	73500	EXAMEN RADIOLOGICO, CADERA, UNILATERAL; UNA VISTA		31.50	-	-	23.00	-
6.1.2	70030	EXAMEN RADIOLOGICO DE OJO, PARA DETECCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO		31.50	-	-	19.00	-
6.1.3	70100	EXAMEN RADIOLOGICO, MAXILAR INFERIOR; PARCIAL, MENOS DE 4 INCIDENCIAS		31.00	-	-	21.00	17.99
6.1.4	70110	EXAMEN RADIOLOGICO, MAXILAR INFERIOR; COMPLETO, MINIMO DE 4 INCIDENCIAS		31.00	-	-	29.00	-
6.1.5	70120	EXAMEN RADIOLOGICO, MASTOIDES; MENOS DE TRES INCIDENCIAS POR LADO		31.00	-	-	21.00	18.29
6.1.6	70130	EXAMEN RADIOLOGICO, MASTOIDES; COMPLETO, MINIMO DE DE TRES INCIDENCIAS POR LADO		45.00	-	-	39.00	-
6.1.7	70134	EXAMEN RADIOLOGICO, MEATOS AUDITIVOS INTERNOS, COMPLETO		44.00	-	-	39.00	22.6
6.1.8	70140	EXAMEN RADIOLOGICO, HUESOS FACIALES; MENOS DE 3 INCIDENCIAS		31.00	-	-	22.00	17.99
6.1.9	70150	EXAMEN RADIOLOGICO, HUESOS FACIALES; COMPLETO, MINIMO DE 3 INCIDENCIAS		45.00	-	-	30.00	-
6.1.10	70160	EXAMEN RADIOLOGICO, HUESOS NASALES; COMPLETO, MINIMO DE 3 INCIDENCIAS		45.00	-	-	19.00	18.04
6.1.11	70190	EXAMEN RADIOLOGICO DE FORAMENES OPTICOS		42.50	-	-	24.00	21.6
6.1.12	70200	EXAMEN RADIOLOGICO; ORBITAS, COMPLETO, MINIMO DE 4 INCIDENCIAS		45.00	-	-	32.00	22.6
6.1.13	70210	EXAMEN RADIOLOGICO; SENOS PARANASALES, MENOS DE 3 INCIDENCIAS		21.00	-	-	19.00	-
6.1.14	70220	EXAMEN RADIOLOGICO; SENOS PARANASALES, COMPLETO, MINIMO DE 3 INCIDENCIAS		45.00	-	-	29.00	-
6.1.15	70240	EXAMEN RADIOLOGICO DE SILLA TURCA		35.00	-	-	22.00	18.46
6.1.16	70250	EXAMEN RADIOLOGICO, CRANEO; MENOS DE 4 INCIDENCIAS		51.50	59.05	59.05	29.00	27.87
6.1.17	70260	EXAMEN RADIOLOGICO, CRANEO; COMPLETA, MINIMO DE 4 INCIDENCIAS		51.00	67.31	67.31	39.00	38.08
6.1.18	70300	EXAMEN RADIOLOGICO, DIENTES; INCIDENCIA UNICA		21.00	-	-	11.00	-
6.1.19	70310	EXAMEN RADIOLOGICO, DIENTES; EXAMEN PARCIAL, MENOS DE TODA LA BOCA		21.00	-	-	18.00	-
	70320	EXAMEN RADIOLOGICO, DIENTES; COMPLETO, TODA LA BOCA		32.50	55.35	55.35	25.00	16.57



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	6.1.21	70328	EXAMEN RADIOLÓGICO, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, BOCA ABIERTA Y CERRADA; UNILATERAL	41.00	-	-	21.00	20.17
	6.1.22	70330	EXAMEN RADIOLÓGICO, ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, BOCA ABIERTA Y CERRADA; BILATERAL	31.00	-	-	27.00	-
	6.1.23	70360	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TEJIDO BLANDO DE CUELLO	32.50	53.31	53.31	19.00	16.57
	6.1.24	70370	EXAMEN RADIOLÓGICO DE FARINGE O LARINGE, INCLUYENDO TÉCNICA DE FLUOROSCOPIA Y/O TÉCNICA DE AUMENTO	21.50	-	-	36.00	-
	6.1.25	70380	EXAMEN RADIOLÓGICO, GLÁNDULA SALIVAL PARA DETECTAR CALCULO	21.50	-	-	19.00	-
	6.1.26	71010	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TORAX; INCIDENCIA FRONTAL	31.50	-	-	25.00	16.57
	6.1.27	71015	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX; ESTEREOTÁCTICO, FRONTAL	0.00	-	-	29.00	-
	6.1.28	71020	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, 2 INCIDENCIAS, FRONTAL Y LATERAL	44.00	57.98	57.98	30.00	24.08
	6.1.29	71021	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, 2 INCIDENCIAS, FRONTAL Y LATERAL; CON INCIDENCIA APICAL LORDÓTICA	32.50	-	-	37.00	-
	6.1.30	71022	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, 2 INCIDENCIAS, FRONTAL Y LATERAL; CON PROYECCIONES OBLICUAS	32.50	-	-	42.00	-
	6.1.31	71023	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, 2 INCIDENCIAS, FRONTAL Y LATERAL; CON FLUOROSCOPIA	32.50	-	-	52.00	-
	6.1.32	71030	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX, COMPLETO, MÍNIMO DE CUATRO VISTAS	45.50	67.31	67.31	42.00	26.32
	6.1.33	71034	EXAMEN RADIOLÓGICO, TÓRAX, COMPLETO, MÍNIMO DE CUATRO VISTAS; CON FLUOROSCOPIA	50.50	-	-	63.00	-
	6.1.34	71100	EXAMEN RADIOLÓGICO, COSTILLAS, UNILATERAL; 2 INCIDENCIAS	36.50	-	-	30.00	18.29
	6.1.35	71101	EXAMEN RADIOLÓGICO, COSTILLAS, UNILATERAL; INCLUYENDO EL TÓRAX POSTEROANTERIOR, MÍNIMO DE TRES VISTAS	36.50	-	-	37.00	-
	6.1.36	71110	EXAMEN RADIOLÓGICO, COSTILLAS, BILATERAL; TRES VISTAS	36.50	-	-	37.00	-
	6.1.37	71111	EXAMEN RADIOLÓGICO, COSTILLAS, BILATERAL; INCLUYENDO EL TÓRAX POSTEROANTERIOR, MÍNIMO DE CUATRO VISTAS	56.00	-	-	44.00	-
	6.1.38	71120	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ESTERNÓN, MÍNIMO DE 2 INCIDENCIAS	31.50	-	-	27.00	24.08
	6.1.39	71130	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ARTICULACIÓN O ARTICULACIONES ESTERNOCLAVICULARES, MÍNIMO DE 3 INCIDENCIAS	31.50	-	-	30.00	-
	6.1.40	72010	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA VERTEBRAL COMPLETA, ESTUDIO DE EXPLORACIÓN, ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL	30.00	62.65	62.65	0.00	29.88
	6.1.41	72020	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLUMNA VERTEBRAL, VISTA ÚNICA, ESPECIFIQUE NIVEL	38.50	-	-	21.00	16.57
	6.1.42	72040	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; 2 O 3 INCIDENCIAS	56.50	62.65	62.65	30.00	29.44
	6.1.43	72050	EXAMEN RADIOLÓGICO DE COLUMNA, FRONTAL Y LATERAL	41.50	-	-	-	-





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	6.1.44 72040.02	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA CERVICAL, FUNCIONALES DOS INCIDENCIAS	41.50	-	-	-	-
	6.1.45 72040.03	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA CERVICAL, OBLICUAS	41.50	-	-	-	-
	6.1.46 72040.04	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA CERVICAL, SELECTIVA C2	41.50	-	-	-	-
	6.1.47 72050	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; 4 O 5 INCIDENCIAS	61.50	67.31	67.31	42.00	41.2
	6.1.48 72052	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA VERTEBRAL CERVICAL; 6 O MAS INCIDENCIAS	58.00	-	-	49.00	44.3
	6.1.49 72067	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA LUMBAR, FRONTAL Y LATERAL, DOS INCIDENCIAS	68.00	-	-	-	-
	6.1.50 72068	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA LUMBAR, OBLICUAS	68.00	-	-	-	-
	6.1.51 72069	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL TORACOLUMBAR, DE PIE (ESCOLIOSIS)	45.00	-	-	30.00	-
	6.1.52 72070	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL; TORACICA, 2 INCIDENCIAS	36.00	-	-	30.00	24.08
	6.1.53 72072	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL; TORACICA, 3 INCIDENCIAS	48.00	-	-	30.00	-
	6.1.54 72074	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL, MINIMO DE 4 INCIDENCIAS	58.00	-	-	30.00	28.47
	6.1.55 72080	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL; TORACOLUMBAR, 2 INCIDENCIAS	31.50	57.98	57.98	30.00	23.98
	6.1.56 72081	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA DORSOLUMBAR, CON INCLINACION LATERAL DERECHA O IZQUIERDA, 3 INCIDENCIAS	41.50	-	-	-	-
	6.1.57 72082	EXAMEN RADIOLOGICO DE COLUMNA DORSOLUMBAR, 4 INCIDENCIAS	41.50	67.31	67.31	-	28.32
	6.1.58 72090	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL; ESTUDIO DE ESCOLIOSIS, INCLUYENDO ESTUDIOS EN POSICION SUPINA Y ERGUIDA	38.50	69.35	69.35	38.00	26.32
	6.1.59 72100	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRA; 2 O 3 INCIDENCIAS	48.50	62.65	62.65	30.00	29.44
	6.1.60 72110	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRA; MINIMO DE 4 INCIDENCIAS	48.50	-	-	42.00	-
	6.1.61 72114	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRAL; COMPLETO, INCLUYENDO VISTAS EN POSICION DOBLADA, MINIMO DE 6 INCIDENCIAS	31.50	-	-	49.00	-
	6.1.62 72120	EXAMEN RADIOLOGICO, COLUMNA VERTEBRAL LUMBOSACRAL, INCIDENCIAS FUNCIONALES, VISTAS EN POSICION DOBLADA SOLAMENTE, 2 O 3 INCIDENCIAS	51.00	62.65	62.65	30.00	28.47
	6.1.63 72170	EXAMEN RADIOLOGICO, PELVIS; INCIDENCIA ANTEROPOSTERIOR, 1 O 2 INCIDENCIAS	45.50	-	-	23.00	22.3
	6.1.64 72190	EXAMEN RADIOLOGICO, PELVIS; COMPLETO, MINIMO DE TRES VISTAS	54.50	62.65	62.65	29.00	27.11
	6.1.65 72200	EXAMEN RADIOLOGICO, ARTICULACIONES SACROILIACAS; MENOS DE TRES VISTAS	44.50	-	-	23.00	22.3
	6.1.66 72202	EXAMEN RADIOLOGICO, ARTICULACIONES SACROILIACAS; TRES O MAS VISTAS	21.50	-	-	26.00	-
	6.1.67 72220	EXAMEN RADIOLOGICO DE SACRO Y COCCIX, MINIMO DE 2 VISTAS	21.50	-	-	23.00	-
	6.1.68 73000	EXAMEN RADIOLOGICO DE CLAVICULA, COMPLETO	31.50	-	-	22.00	16.57
	6.1.69 73010	EXAMEN RADIOLOGICO DE ESCAPULA, COMPLETO	32.50	-	-	23.00	16.57
	6.1.70 73011	EXAMEN RADIOLOGICO DE ESCAPULA, UN LADO, DOS INCIDENCIAS	-	-	-	-	-
	6.1.71 73030	EXAMEN RADIOLOGICO DE HOMBRO; 1 INCIDENCIA	31.50	53.31	53.31	21.00	16.57
	6.1.72 73030	EXAMEN RADIOLOGICO, HOMBRO; COMPLETO, MINIMO DE DOS VISTAS	42.50	57.98	57.98	25.00	23.38





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	6.1.73	73040	EXAMEN RADIOLOGICO, HOMBRO, ARTROGRAFIA, SUPERVISION E INTERPRETACION RADIOLOGICA	0.00	-	-	74.00	45.86
	6.1.74	73050	EXAMEN RADIOLOGICO; ARTICULACIONES ACROMIOCLAVICULARES, BILATERAL, CON O SIN DISTRACCION PONDERADA	21.50	-	-	27.00	-
	6.1.75	73060	EXAMEN RADIOLOGICO DE HUMERO, MINIMO DE 2 INCIDENCIAS	45.50	57.98	57.98	23.00	22.3
	6.1.76	73070	EXAMEN RADIOLOGICO DE CODO; 2 INCIDENCIAS	45.00	57.98	57.98	21.00	20.04
	6.1.77	73080	EXAMEN RADIOLOGICO, CODO; COMPLETO, MINIMO DE TRES VISTAS	45.00	62.65	62.65	23.00	22.46
	6.1.78	73085	EXAMEN RADIOLOGICO, CODO, ARTROGRAFIA, SUPERVISION QUIRURGICA E INTERPRETACION	68.00	-	-	74.00	45.86
	6.1.79	73090	EXAMEN RADIOLOGICO DE ANTEBRAZO CADA LADO, 2 INCIDENCIAS	45.50	57.98	57.98	22.00	21.13
	6.1.80	73092	EXAMEN RADIOLOGICO; EXTREMIDAD SUPERIOR, LACTANTE, MINIMO DE DOS VISTAS	31.50	-	-	22.00	-
	6.1.81	73100	EXAMEN RADIOLOGICO DE MUÑECA; 2 INCIDENCIAS	42.50	-	-	22.00	21.13
	6.1.82	73110	EXAMEN RADIOLOGICO, MUÑECA; COMPLETO, MINIMO DE TRES VISTAS	52.50	62.65	62.65	23.00	-
	6.1.83	73115	EXAMEN RADIOLOGICO, MUÑECA, ARTROGRAFIA, SUPERVISION E INTERPRETACION RADIOLOGICAS	68.50	-	-	74.00	45.86
	6.1.84	73120	EXAMEN RADIOLOGICO, MANO; DOS INCIDENCIAS	42.50	57.98	57.98	22.00	21.13
	6.1.85	73130	EXAMEN RADIOLOGICO, MANO; MINIMO DE TRES INCIDENCIAS	44.50	62.65	62.65	23.00	22.46
	6.1.86	73131	EXAMEN RADIOLOGICO DE MANO, EDAD OSEA (FRONTAL)	-	-	-	-	-
	6.1.87	73140	EXAMEN RADIOLOGICO, DEDOS, MINIMO DE DOS INCIDENCIAS	31.50	-	-	18.00	16.5
	6.1.88	73520	EXAMEN RADIOLOGICO, CADERA, BILATERAL, MINIMO DE DOS VISTAS DE CADA CADERA, INCLUYENDO LA VISTA ANTEROPOSTERIOR DE LA PELVIS	52.50	-	-	36.00	32.71
	6.1.89	73525	EXAMEN RADIOLOGICO, ARTROGRAFIA DE CADERA, SUPERVISION RADIOLOGICA E INTERPRETACION	68.00	275.81	275.81	809.00	45.86
	6.1.90	73530	EXAMEN RADIOLOGICO DE CADERA DURANTE UN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	34.50	-	-	40.00	-
	6.1.91	73540	EXAMEN RADIOLOGICO, PELVIS Y CADERAS, LACTANTE O NINO, MINIMO DE DOS VISTAS	21.50	-	-	27.00	-
	6.1.92	73550	EXAMEN RADIOLOGICO DE FEMUR, 2 INCIDENCIAS	31.50	57.98	57.98	23.00	22.3
	6.1.93	73560	EXAMEN RADIOLOGICO DE RODILLA, 1 O 2 INCIDENCIAS	32.50	57.98	57.98	23.00	-
	6.1.94	73562	EXAMEN RADIOLOGICO DE RODILLA, 3 INCIDENCIAS	42.50	62.65	62.65	25.00	-
	6.1.95	73564	EXAMEN RADIOLOGICO, RODILLA; COMPLETO, CUATRO O MAS VISTAS	52.00	-	-	30.00	-
	6.1.96	73565	EXAMEN RADIOLOGICO, RODILLA; AMBAS RODILLAS, POSICION DE PIE, ANTEROPOSTERIOR	42.90	-	-	23.00	-
	6.1.97	73567	EXAMEN RADIOLOGICO DE ROTULA, FRONTAL Y LATERAL, DOS INCIDENCIAS	-	-	-	-	-
	6.1.98	73580	EXAMEN RADIOLOGICO, RODILLA, ARTROGRAFIA, SUPERVISION E INTERPRETACION RADIOLOGICAS	68.50	-	-	809.00	45.86
	6.1.99	73590	EXAMEN RADIOLOGICO, TIBIA Y PERONE, 2 VISTAS	42.50	57.98	57.98	23.00	22.3
	6.1.100	73592	EXAMEN RADIOLOGICO; EXTREMIDADES INFERIORES, LACTANTE, MINIMO DE DOS VISTAS	21.50	-	-	22.00	-
	6.1.101	73593	EXAMEN RADIOLOGICO, TOBILLO; 2 INCIDENCIAS	42.50	57.98	57.98	22.00	21.13



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	6.1.122	74249	EXAMEN RADIOLÓGICO, TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIORM CONTRASTE DE AIRE, CON BARIO ESPECÍFICO DE ALTA DENSIDAD, AGENTE EFERVESCENTE, CON O SIN GLUCAGON; CON SEGUIMIENTO DE TRÁNSITO EN INTESTINO DELGADO	90.50	-	-	104.00	45.86
	6.1.123	74250	EXAMEN RADIOLÓGICO, INTESTINO DELGADO, INCLUYE MÚLTIPLES PLACAS SERIADAS	88.50	-	-	54.00	49.69
	6.1.124	74251	EXAMEN RADIOLÓGICO, INTESTINO DELGADO, INCLUYE MÚLTIPLES PLACAS SERIADAS; VIA TUBO DE ENTEROCLISIS	31.50	-	-	79.00	-
	6.1.125	74270	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLON; ENEMA DE BARIO, CON O SIN VISUALIZACIÓN DE RIÑONES, URÉTERES Y VEJIGA	31.50	-	-	79.00	-
	6.1.126	74280	EXAMEN RADIOLÓGICO, COLON; CONTRASTE DE AIRE CON BARIO ESPECÍFICO DE ALTA DENSIDAD, CON O SIN GLUCAGÓN	140.50	273.80	273.80	113.00	71.94
	6.1.127	76080	EXAMEN RADIOLÓGICO, ABSCESO, FÍSTULA O TRACTO DE SENO, SUPERVISIÓN E INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICAS	66.50	-	-	-	33.09
	6.1.128	73510	EXAMEN RADIOLOGICO, CADERA, UNILATERAL; COMPLETO, MINIMO DE DOS VISTAS	54.00	57.98	57.98	29.00	24.08
	6.1.129	71010	EXAMEN RADIOLOGICO DE TORAX; INCIDENCIA FRONTAL	34.50	-	-	25.00	16.57
	6.1.130	71010.01	EXAMEN RADIOLOGICO DE TORAX PORTATIL; INCIDENCIA FRONTAL	34.50	-	-	-	-
	6.1.131	71035	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. E.J. DECUBITO LATERAL)	42.50	53.31	53.31	25.00	16.57
	6.1.132	71035.01	EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX PORTÁTIL, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. E.J. DECÚBITO LATERAL)	42.50	-	-	-	-
	6.1.133	74000.01	EXAMEN RADIOLOGICO DE ABDOMEN PORTATIL, INCIDENCIA ANTEROPOSTERIOR	42.50	-	-	-	-
	6.1.134	74020.01	EXAMEN RADIOLÓGICO DE ABDOMEN PORTÁTIL, INCIDENCIAS ADICIONALES (P. E.J. DECÚBITO LATERAL)	42.50	-	-	-	-
	6.1.135	74210.01	EXAMEN RADIOLOGICO DE CAVUM	42.50	-	-	-	-
	6.2	MAMOGRAFÍA						
	6.2.1	77055	MAMOGRAFIA, UNILATERAL	58.50	-	-	-	28.13
	6.2.2	77056	MAMOGRAFIA, BILATERAL	75.00	141.49	141.49	-	42.13
	6.2.3	77057	MAMOGRAFIA DE TAMIZAJE, BILATERAL (2 IMÁGENES DE CADA SENO)	62.50	141.49	141.49	-	36.36
	6.2.4	99199.20	ENTREGA DE RESULTADOS DE MAMOGRAFÍA	15.00	24.16	24.16	-	2.85
	6.3	DENSITOMETRÍA OSEA						
	6.3.1	78351	DENSITOMETRIA ÓSEA (CONTENIDO MINERAL ÓSEO), EN UNO O MÁS LUGARES, ABSORCIOMETRÍA CON DOBLE FOTÓN	81.50	91.64	91.64	-	21.44





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
6.4	ECOGRAFÍA						
6.4.1	31620	ECOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL (EBUS) DURANTE UNA INTERVENCION DIAGNÓSTICA O TERAPÉUTICA CON BRONCOSCOPIO REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO	15.00	-	-	-	5.99
6.4.2	73511	ULTRASONIDO OFTÁLMICO, ECOGRAFÍA, DIAGNÓSTICO	57.50	68.66	68.65	-	22.84
6.4.3	76512	ECOGRAFÍA OFTÁLMICA, DIAGNÓSTICA; MODO-B (CON O SIN ECOGRAFIA MODO A NO CUANTITATIVA AGREGADA) (INCLUYE IMÁGENES DE MÚLTIPLES TRAMAS) CON INTERPRETACIÓN Y REPORTE	57.50	-	-	35.00	22.84
6.4.4	76513	ECOGRAFÍA OFTÁLMICA, DIAGNÓSTICA; SEGMENTO ANTERIOR CON ECOGRAFÍA BIDIMENSIONAL MODO B DE INMERSIÓN (BAÑO DE AGUA) O BIOMICROSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN (INCLUYE IMÁGENES DE MÚLTIPLES TRAMAS) CON INTERPRETACIÓN Y REPORTE	32.00	69.43	69.43	35.00	12.78
6.4.5	76514	ECOGRAFIA OFTÁLMICA, DIAGNÓSTICA; PAQUIMETRÍA UNILATERAL O BILATERAL DE CÓRNEA (DETERMINACION DEL GROSOR CÓRNEAL) (INCLUYE IMÁGENES DE MÚLTIPLES TRAMAS) CON INTERPRETACIÓN Y REPORTE	103.30	-	-	-	41.32
6.4.6	76516	BIOMETRÍA OFTÁLMICA POR ECOGRAFÍA MODO A (BAÑO DE AGUA)	57.10	-	-	-	22.84
6.4.7	76536	ECOGRAFIA DE PARTES BLANDAS DE CABEZA Y CUELLO (PEJ: TIROIDES, PARATIROIDES, PAROTIDA), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE LA IMAGEN	42.40	69.43	69.43	-	16.94
6.4.8	76536.01	ECOGRAFÍA DE REGIÓN CERVICAL	32.00	61.62	61.62	-	12.78
6.4.9	76536.03	ECOGRAFÍA DE TIROIDES	32.00	61.62	61.62	-	12.78
6.4.10	76604	ECOGRAFÍA DE TORAX (INCLUYENDO MEDIASTINO), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN	38.60	61.62	61.62	29.00	15.44
6.4.11	76604.02	ECOGRAFÍA DE HOMBRO	32.00	69.43	69.43	-	12.78
6.4.12	76645	ECOGRAFÍA DE MAMA(S) (UNILATERAL O BILATERAL), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN	42.40	53.80	53.80	29.00	16.94
6.4.13	76646	ECOGRAFÍA CAVIDAD PERICÁRDICA	46.50	-	-	-	18.44
6.4.14	76700	ECOGRAFÍA ABDOMINAL COMPLETA, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN	42.40	66.84	66.84	43.00	16.94
6.4.15	76705	ECOGRAFÍA ABDOMINAL, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMAGEN; LIMITADA (PEJ: UN SOLO ORGANO, CUADRANTE, SEGUIMIENTO)	38.60	61.62	61.62	31.00	15.44
6.4.16	76706	ECOGRAFÍA ABDOMINAL REGIONAL (POR CUADRANTES)	32.00	61.62	61.62	-	12.78
6.4.17		ECOGRAFÍA RETROPERITONEAL (RENAL, AORTA, GANGLIOS), EN TIEMPO REAL CON IMÁGENES DOCUMENTADAS, COMPLETA	34.60	70.48	70.48	39.00	13.83



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
6.4.18	76770	ECOGRAFÍA RENAL	46.50	69.43	69.43	-	18.44
6.4.19	76775	ECOGRAFÍA RETROPERITONEAL (RENAL, AORTA, GANGLIOS), EN TIEMPO REAL CON IMÁGENES DOCUMENTADAS, LIMITADA	42.40	-	-	31.00	16.94
6.4.20	76800	ECOGRAFÍA DE CANAL ESPINAL Y CONTENIDO	46.50	-	-	60.00	18.44
6.4.21	76801	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA, 1ER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACIÓN ÚNICA O PRIMERA	32.00	61.62	61.62	-	12.78
6.4.22	76802	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA, 1ER TRIMESTRE (<14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; CADA GESTACIÓN ADICIONAL (REGISTRAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO PARA EL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	32.00	61.62	61.62	-	12.78
6.4.23	76805	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA, DESPUÉS DEL 1ER TRIMESTRE (> 0 = A 14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACION ÚNICA O PRIMERA	42.50	61.62	61.62	52.00	16.94
6.4.24	76810	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA, DESPUÉS DEL 1ER TRIMESTRE (> 0 = A 14 SEMANAS 0 DÍAS), ABORDAJE TRANSABDOMINAL; CADA GESTACIÓN ADICIONAL (REGISTRAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO PARA EL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	32.00	61.62	61.62	104.00	12.78
6.4.25	76811	ECOGRAFÍA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE LA IMAGEN, EVALUACIÓN FETAL Y MATERNA MÁS EXAMEN ANATÓMICO FETAL DETALLADO, ABORDAJE TRANSABDOMINAL; GESTACION ÚNICA O PRIMERA	42.50	61.62	61.62	-	16.94
6.4.26	76815	ECOGRAFIA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACIÓN DE IMÁGENES, LIMITADO (EJEMPLO: FRECUENCIA CARDIACA FETAL, UBICACIÓN DE PLACENTA, POSICIÓN FETAL Y/O VOLUMEN DE LÍQUIDO AMNÍOTICO CUALITATIVO), 1 O MÁS FETOS	32.00	61.62	61.62	34.00	12.78





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	6.4.27	76816	ECOGRAFIA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMÁGENES, SEGUIMIENTO (PEJ; REEVALUACIÓN DE TAMAÑO FETAL POR MEDICION DE PARÁMETROS DE CRECIMIENTO ESTÁNDARES Y VOLUMEN DE LÍQUIDO AMNIOTICO, REEVALUACIÓN DE SISTEMA(S) ORGÁNICO(S) QUE ESTÁN BAJO SOSPECHA O CON CONFIRMACION DE ANORMALIDAD EN EXAMEN PREVIO), ABORDAJE TRANSABDOMINAL, POR FETO	42.50	61.62	61.62	30.00	16.94
	6.4.28	76817	ECOGRAFIA, ÚTERO GRÁVIDO, TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMÁGENES, VÍA TRANSVAGINAL	46.10	77.25	77.25	-	18.44
	6.4.29	76820.01	ECOGRAFÍA DOPPLER FETAL	103.80	-	-	-	41.49
	6.4.30	76830	ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL	41.50	78.53	78.53	-	16.53
	6.4.31	76856	ECOGRAFÍA PÉLVICA (NO OBSTÉTRICA), TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMÁGENES; COMPLETA	38.60	61.62	61.62	36.00	15.44
	6.4.32	76870	ECOGRAFÍA, ESCROTO Y CONTENIDO	38.60	77.25	77.25	34.00	15.44
	6.4.33	76872	ECOGRAFÍA TRANSRECTAL	38.60	77.25	77.25	36.00	15.44
	6.4.34	76880	ECOGRAFÍA NO VASCULAR DE EXTREMIDADES POR RASTREO B Y/O EN TIEMPO REAL	38.60	69.43	69.43	-	15.44
	6.4.35	76880.01	ECOGRAFÍA DE CODO	32.00	69.43	69.43	-	12.78
	6.4.36	76880.02	ECOGRAFÍA DE MUÑECA	32.00	69.43	69.43	-	12.78
	6.4.37	76880.03	ECOGRAFÍA DE RODILLA	32.00	69.43	69.43	-	12.78
	6.4.38	76880.04	ECOGRAFÍA DE TOBILLO	32.00	69.43	69.43	-	12.78
	6.4.39	76880.05	ECOGRAFÍA MUSCULAR DE REGIÓN ESPECIFICA	32.00	69.43	69.43	-	12.78
	6.4.40	76885	ECOGRAFÍA, CADERAS DE LACTANTE, IMÁGENES EN TIEMPO REAL CON DOCUMENTACION DE IMÁGENES; DINÁMICA (QUE REQUIERE MANIPULACIÓN MÉDICA O DE OTRO PROFESIONAL CALIFICADO)	42.50	85.07	85.07	-	16.94
	6.4.41	93355	ECOGRAFÍA, TRANSESOFÁGICA, PARA GUÍA DE INTERVENCIONES ESTRUCTURALES TRANSCATETER INTRA CARDIACO O DE GRANDES VASOS	35.00	161.52	161.52	-	13.97
	6.4.42	93978	ECOGRAFÍA DOPPLER (DÚPLEX) DE LA AORTA, VENA CAVA INFERIOR, VASCULATURA ILÍACA O INJERTOS DE REVASCULARIZACION; ESTUDIO COMPLETO	46.50	-	-	-	18.46
	6.5	TOMOGRAFIA						
	6.5.1	70450	Tomografia axial computarizada de cerebro; sin material de contraste	300.00	296.05	296.05	0.00	154.81
	6.5.2	70450	Tomografia axial computarizada de cabeza y cuello; sin material de contraste	300.00	296.05	296.05	-	164.15
	6.5.3	70450	Tomografia axial computadorizada, cabeza o cerebro; con materiales de contraste	500.00	491.21	491.21	-	251.84



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
6.5.4	70460.01	Tomografia axial computadorizada, cabeza y cuello; con materiales de contraste	500.00	491.21	491.21	-	251.84
6.5.5	70480	Tomografia computarizada de órbita, silla turca o fosa posterior, u oído externo, medio o interno sin material de contraste	300.00	-	-	429.00	160
6.5.6	70480.01	Tomografia computarizada de senos paranasales sin material de contraste	300.00	296.05	296.05	-	169.67
6.5.7	70480.02	Tomografia computarizada de oído externo, medio o interno sin material de contraste	300.00	-	-	-	154.77
6.5.8	70480.04	Tomografia computarizada de silla turca sin material de contraste	300.00	-	-	-	154.85
6.5.9	70480.05	Tomografia computarizada de órbita sin contraste	300.00	-	-	-	154.85
6.5.10	70481	Tomografia axial computadorizada, órbita, silla turca o fosa posterior, u oído externo, medio o interno; con materiales de contraste	600.00	-	-	-	267.39
6.5.11	70482	Tomografia computarizada de órbita, silla turca o fosa posterior, u oído externo, medio o interno con material de contraste; sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste y secciones adicionales	500.00	-	-	486.00	-
6.5.12	70482.01	Tomografia computarizada de oído externo, medio o interno con material de contraste	500.00	-	-	-	276.01
6.5.13	70482.02	Tomografia computarizada de senos paranasales con material de contraste	500.00	-	-	-	296.51
6.5.14	70482.03	Tomografia computarizada de silla turca con material de contraste	500.00	-	-	-	267.39
6.5.15	70486	Tomografia computarizada de zona máxilo facial sin material de contraste	300.00	-	-	0.00	164.24
6.5.16	70488	Tomografia computarizada de zona máxilo facial; sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste y secciones adicionales	300.00	-	-	476.00	305.9
6.5.17	70490	Tomografia computarizada, tejido blando del cuello; sin material de contraste	300.00	-	-	0.00	160
6.5.18	70491	Tomografia axial computadorizada, tejido blando del cuello; con materiales de contraste	500.00	-	-	-	261.14
6.5.19	70496	Angiografia por tomografia computarizada de cabeza y/o cuello, con contraste(s), incluyendo imágenes no contrastadas, si se toman, y post procesamiento de imágenes	650.00	-	-	-	371.71
6.5.20	71250	Tomografia computarizada de torax; sin material de contraste	300.00	296.05	296.05	0.00	160
6.5.21	71250.01	Tomografia computarizada de parilla costal; sin material de contraste	300.00	-	-	-	154.8
6.5.22	71260	Tomografia axial computadorizada, tórax; con materiales de contraste	500.00	-	-	-	266.65
6.5.23	71270	Tomografia computarizada de torax; sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste y secciones adicionales	300.00	-	-	463.00	266.65
6.5.24	71275	Angiografia por tomografia computarizada, torax (no coronaria), con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realiza, y post procesamiento de imágenes	300.00	-	-	-	373.1
6.5.25	72125	Tomografia axial computadorizada, columna vertebral cervical; sin material de contraste	300.00	296.05	296.05	0.00	164.24
6.5.26	72126	Tomografia axial computadorizada, columna vertebral cervical; con material de contraste	500.00	491.21	491.21	-	317.85
6.5.27	72128	Tomografia axial computadorizada, columna vertebral torácica; sin material de contraste	300.00	296.05	296.05	0.00	164.24
6.5.28	72129	Tomografia axial computadorizada, columna vertebral torácica; con material de contraste	500.00	491.21	491.21	-	305.93
6.5.29	72130	Tomografia axial computadorizada, columna vertebral lumbar; sin material de contraste	300.00	-	-	0.00	27.66
6.5.30	72131.01	Tomografia computarizada, columna vertebral lumbar - sacro coxis; sin material de contraste	300.00	296.05	296.05	-	164.24



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
6.5.31	72132.01	Tomografia computarizada, columna vertebral lumbar - sacro coxis; con material de contraste	500.00	491.21	491.21	-	305.93
6.5.32	72192	Tomografia axial computarizada, pelvis; sin material de contraste	300.00	298.05	298.05	0.00	164.24
6.5.33	72193	Tomografia axial computarizada, pelvis; con material de contraste	500.00	-	-	-	-
6.5.34	73200	Tomografia axial computarizada, extremidad superior; sin material de contraste	300.00	-	-	0.00	160
6.5.35	73200.01	Tomografia computarizada de brazo; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
6.5.36	73200.02	Tomografia computarizada de antebrazo; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
6.5.37	73200.03	Tomografia computarizada de mano; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
6.5.38	73200.04	Tomografia computarizada de muñeca; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
6.5.39	73200.05	Tomografia computarizada de codo; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
6.5.40	73200.06	Tomografia computarizada de hombro; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
6.5.41	73200.28	Tomografia computarizada de abdomen; sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste y secciones adicionales - PELVIS / ABDOMEN INFERIOR CON CONTRASTE	500.00	-	-	-	-
6.5.42	73200.31	Angiografia por tomografia computarizada de cabeza y/o cuello, con contraste(s), incluyendo imágenes no contrastadas, si se toman, y post procesamiento de imágenes	500.00	-	-	-	-
6.5.43	73200.32	Angiografia por tomografia computarizada de extremidad superior, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de imágenes	500.00	-	-	-	-
6.5.44	73200.33	Angiografia por tomografia computarizada de extremidad inferior, con material de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizan, y post procesamiento de imágenes	500.00	-	-	-	-
6.5.45	73200.34	Angiografia por tomografia computarizada de corazon e injertos de arterias coronarias (cuando están presentes), con material de contraste, incluyendo postprocesamiento de imágenes 3D (incluyendo Evaluación de estructura y morfología cardiaca, y Evaluación de estructuras venosas, si se realiza)	500.00	-	-	-	-
6.5.46	73200.35	Angiografia por tomografia de la aorta abdominal y sistema iliofemoral bilateral de miembros inferiores, con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizara, y post procesamiento de imágenes	500.00	-	-	-	-
6.5.47	73200.36	Angiografia por tomografia computarizada, torax (no coronaria), con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realiza, y postprocesamiento de imágenes	500.00	-	-	-	-
6.5.48	73200.37	Reconstrucción por tomografia o resonancia magnética - INCLUIR CON ESTUDIOS TRAUMATOLOGICOS / OSEOS / ANGIOGRAFICOS	500.00	-	-	-	-
6.5.49	73200.38	Sedación con o sin analgesia (sedación consciente); Intravenosa, intramuscular o por inhalación	500.00	-	-	-	-
6.5.50	73200.39	Sedación con o sin analgesia (sedación consciente); por inhalación para TEM	500.00	-	-	-	-
6.5.51	73201	Tomografia axial computarizada, extremidad superior; con materiales de contraste	500.00	-	-	-	305.93
6.5.52	73201.01	Tomografia computarizada de brazo; con material de contraste	500.00	-	-	-	305.93
6.5.53	73201.02	Tomografia computarizada de antebrazo; con material de contraste	500.00	-	-	-	305.93





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	6.5.54 73201.03	Tomografia computerizada de mano; con material de contraste	500.00	-	-	-	305.9
	6.5.55 73201.04	Tomografia computerizada de muñeca; con material de contraste	500.00	-	-	-	305.9
	6.5.56 73201.05	Tomografia computerizada de codo; con material de contraste	500.00	-	-	-	305.9
	6.5.57 73201.06	Tomografia computerizada de hombro; con material de contraste	500.00	-	-	-	296.54
	6.5.58 73700	Tomografia axial computerizada, extremidad inferior; sin material de contraste	300.00	-	-	0.00	296.54
	6.5.59 73700.01	Tomografia computerizada de pierna; sin material de contraste	300.00	-	-	-	160
	6.5.60 73700.02	Tomografia computerizada de pie; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
	6.5.61 73700.03	Tomografia computerizada de rodilla; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
	6.5.62 73700.04	Tomografia computerizada de tobillo; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.24
	6.5.63 73700.05	Tomografia computerizada de muslo; sin material de contraste	300.00	-	-	-	164.98
	6.5.64 73701	Tomografia computerizada, extremidades inferiores; con material(es) contraste	500.00	-	-	-	306.93
	6.5.65 73701.01	Tomografia computerizada de pierna; con contraste	500.00	-	-	-	306.93
	6.5.66 73701.02	Tomografia computerizada de pie; con contraste	500.00	-	-	-	311.44
	6.5.67 73701.03	Tomografia computerizada de rodilla; con contraste	500.00	-	-	-	305.9
	6.5.68 73701.04	Tomografia computerizada de tobillo; con contraste	500.00	-	-	-	305.93
	6.5.69 73701.05	Tomografia computerizada de muslo; con contraste	500.00	-	-	-	305.93
	6.5.70 74160	Tomografia computerizada de abdomen sin contraste	300.00	-	-	0.00	159.8
	6.5.71 74160.01	Tomografia computerizada de abdomen superior sin contraste	300.00	-	-	-	154.88
	6.5.72 74160.02	Tomografia computerizada de abdomen inferior sin contraste	300.00	-	-	-	154.88
	6.5.73 74160	Tomografia computerizada de abdomen; con materiales de contraste	500.00	-	-	-	174.25
	6.5.74 74160.01	Tomografia computerizada de abdomen superior con contraste	500.00	-	-	-	266.77
	6.5.75 74160.02	Tomografia computerizada de abdomen inferior con contraste	500.00	-	-	-	-
	6.5.76 74160.03	TOMOGRFIA DINAMICA DE GLANDULA SUPRARRENAL	500.00	-	-	-	-
	6.5.77 74170	Tomografia computerizada de abdomen; sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste y secciones adicionales	700.00	-	-	469.00	272.46
	6.5.78 74170.01	Tomografia dinámica de hígado - páncreas	500.00	-	-	-	174.25
	6.5.79 74170.02	Tomografia con Volumetría hepática	500.00	-	-	-	-
	6.5.80 74176	Tomografia computerizada de abdomen y pelvis, sin material de contraste	300.00	-	-	-	-
	6.5.81 74176.01	Urotomografia, sin contraste	300.00	-	-	-	205.85
	6.5.82 74177	Tomografia computerizada de abdomen y pelvis, con material(es) de contraste	500.00	-	-	-	-
	6.5.83 74177.01	Urotomografia, con contraste	500.00	-	-	-	419.56
	6.5.84 74100	Urografia (pielografia), intravenosa, con sin visualización de riñones, uréteres y vejiga, con o sin tomografia	500.00	-	-	101.00	37.6





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
6.5.85	75574	Angiografía por tomografía computarizada de corazón e injertos de arterias coronarias (cuando están presentes), con material de contraste, incluyendo postprocesamiento de imágenes 3D (incluyendo Evaluación de estructura y morfología cardíaca, y Evaluación de estructuras venosas, si se realiza)	500.00	-	-	-	420.46
6.5.86	75635	Angiografía por tomografía de la aorta abdominal y sistema iliofemoral bilateral de miembros inferiores, con material(es) de contraste, incluyendo imágenes no contrastadas, si se realizara, y post procesamiento de imágenes	650.00	-	-	-	460.73
6.5.87	76375	Reconstrucción por tomografía o resonancia magnética	500.00	-	-	-	125.97
6.5.88	92133	Obtención de imágenes computarizadas diagnósticas de ojo, segmento posterior, con interpretación y reporte, unilateral o bilateral; nervio óptico TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO POSTERIOR (NERVIO ÓPTICO) (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	500.00	-	-	-	12
6.5.89	99499.06	Teletomografía fuera de Línea	50.00	-	-	-	2.83
6.5.90	76140.01	Lectura e interpretación por estudio de Imágenes de Tomografía, realizada en otro lugar, incluye el informe del médico especialista	50.00	-	-	-	-
7	MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN						
7.1	TERAPIA FÍSICA						
7.1.1	29260	VENDAJE; CODO O MUÑECA	5.60	-	-	-	-
7.1.2	29530	VENDAJE; RODILLA	5.60	-	-	-	-
7.1.3	29540	VENDAJE; TOBILLO	5.60	-	-	-	-
7.1.4	97001	EVALUACIÓN DE TERAPIA FÍSICA	10.00	34.23	34.23	-	2.04
7.1.5	97002	REEVALUACIÓN DE TERAPIA FÍSICA	15.00	34.23	34.23	-	13.27
7.1.6	97003	EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL	12.00	58.66	58.66	-	8.62
7.1.7	97004	RE-EVALUACIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL	15.00	44.47	44.47	-	7.51
7.1.8	97005	EVALUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO ATLÉTICO	15.00	26.88	26.88	-	4.69
7.1.9	97006	REEVALUACIÓN DEL ENTRENAMIENTO ATLÉTICO	-	-	-	-	-
7.1.10	97006.01	EVALUACION DEL TONO MUSCULAR	15.00	26.88	26.88	-	4.69
7.1.11	97006.02	APLICACIÓN DE AGENTES TERMOTERAPIAS	18.00	-	-	-	-
7.1.12	97006.03	PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICO PARA REEDUCACIÓN CON O SIN AYUDAS BIOMECÁNICA (97112)	15.00	-	-	-	-
7.1.13	97008	TERAPIA DEL COMPLEJO OROFACIAL/SESION	15.00	42.53	42.53	-	13.27
7.1.14	97009	TERAPIA DE LENGUAJE/SESION	15.00	37.94	37.94	-	N/C
7.1.15	97010	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; COMPRESAS CALIENTES O FRIAS	20.00	48.78	48.78	-	4.08
7.1.16	97012	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; TRACCIÓN MECÁNICA	20.00	-	-	-	-
7.1.17	97012.01	TERAPIA PARA AUMENTAR TONO MUSCULAR PARA LA SUCCIÓN EN RN	25.00	35.45	35.45	-	13.27





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	7.1.18	97014	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA (NO ASISTIDA)	20.00	-	-	-	N/C
	7.1.19	97016	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; DISPOSITIVOS VASONEUMÁTICOS	20.00	-	-	-	-
	7.1.20	97018	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; BAÑO DE PARAFINA	20.00	-	-	-	-
	7.1.21	97020	APLICACIÓN DE UNA MODALIDAD A UNA O MÁS ZONAS; MICROONDA	20.00	-	-	-	-
	7.1.22	97022	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; HIDROTERAPIA DE REMOLINO	25.00	-	-	-	-
	7.1.23	97024	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; DIATERMIA (EJEMPLO: MICROONDAS)	25.00	-	-	-	-
	7.1.24	97026	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; RAYOS INFRARROJOS	25.00	48.72	48.72	-	3.24
	7.1.25	97028	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; LUZ ULTRAVIOLETA	25.00	48.53	48.53	-	3.24
	7.1.26	97032	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA (MANUAL), CADA 15 MINUTOS	25.00	53.44	53.44	-	13.27
	7.1.27	97033	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; IONTOFORESIS, CADA 15 MINUTOS	25.00	-	-	-	-
	7.1.28	97034	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; BAÑOS ALTERNANTES (FRÍO Y CALIENTE), CADA 15 MINUTOS	25.00	-	-	-	-
	7.1.29	97035	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; ULTRASONIDO, CADA 15 MINUTOS	25.00	-	-	-	N/C
	7.1.30	97036	APLICACIÓN DE MODALIDAD DE TERAPIA FÍSICA A 1 O MÁS ÁREAS; TANQUE DE HUBBARD, CADA 15 MINUTOS	-	-	-	-	-
	7.1.31	97039	MODALIDAD QUE NO APARECE EN LA LISTA (ESPECIFIQUE EL TIPO Y LA DURACIÓN SI EL PACIENTE ES ATENDIDO EN FORMA CONSTANTE). EJ: REVISIÓN DE ORTÉTICOS/CALZADOS ORTOPÉDICO	-	26.43	26.43	-	3.64
	7.1.32	97110	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO, 1 O MÁS ÁREAS, CADA 15 MINUTOS; EJERCICIOS TERAPÉUTICOS PARA DESARROLLAR FUERZA, RESISTENCIA, GAMA DE MOVIMIENTO OR FLEXIBILIDAD	15.00	20.89	20.89	-	4.16
	7.1.33	97112	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO, 1 O MÁS ÁREAS, CADA 15 MINUTOS; REEDUCACIÓN NEUROMUSCULAR DEL MOVIMIENTO, EQUILIBRIO, COORDINACIÓN, SENTIDO QUINESTÉSICO, POSTURA Y PROPRIOCEPCIÓN PARA ACTIVIDADES EN POSICIÓN DE PIE Y/O SENTADO	15.00	48.85	48.85	-	2.58
	7.1.34	97113	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO, 1 O MÁS ÁREAS, CADA 15 MINUTOS; TERAPIA ACUÁTICA CON EJERCICIOS TERAPÉUTICOS	20.00	-	-	-	-
	7.1.35		PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO, 1 O MÁS ÁREAS, CADA 15 MINUTOS; ENTRENAMIENTO DE LA MARCHA (INCLUYENDO SUBIR ESCALERAS)	15.00	50.58	50.56	-	-





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	7.1.36	97125	TÉCNICAS DE TERAPIA MANUAL	15.00	-	-	-	4.16
	7.1.37	97139	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO QUE NO APARECE EN LA LISTA (ESPECIFIQUE)	20.00	-	-	-	2.58
	7.1.38	97140	TÉCNICAS MANUALES DE LA TERAPIA (P. EJ. MANIPULACIÓN DE LA MOVILIZACIÓN, DRENAJE LINFÁTICO MANUAL, TRACCIÓN MANUAL), UNO O MÁS REGIONES, CADA 15 MINUTOS	20.00	-	-	-	-
	7.1.39	97150	PROCEDIMIENTO(S) TERAPÉUTICO(S), GRUPAL (2 O MÁS PERSONAS)	20.00	-	-	-	-
	7.1.40	97504	ENTRENAMIENTO Y AJUSTE DE DISPOSITIVOS ORTÉTICOS EN EXTREMIDADES SUPERIORES, INFERIORES Y/O TRONCO, CADA 15 MINUTOS	15.00	-	-	-	-
	7.1.41	97520	ENTRENAMIENTO PROTÉSICO, EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES	15.00	-	-	-	-
	7.1.42	97521	PRUEBA PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUERZA (FUERZA MAXIMA, RESISTENCIA MUSCULAR)	20.00	26.44	26.44	-	3.89
	7.1.43	97522	PRUEBA PARA LA EVALUACIÓN DE LA FLEXIBILIDAD	10.00	26.43	26.43	-	3.89
	7.1.44	97523	PRUEBA PARA AL EVALUACION ANAEROBIA CON TEST DE SALTOS	10.00	-	-	-	-
	7.1.45	97524	PRUEBA PARA AL EVALUACION ANAEROBIA CON CICLOERGÓMETRO	15.00	-	-	-	-
	7.1.46	97526	PRUEBA DE EVALUACIÓN DE ANTROPOMETRIA (CINEANTROPOMETRÍA)	15.00	-	-	-	-
	7.1.47	97527	PRUEBA DE EVALUACIÓN DE ANTROPOMETRIA (BIOIMPEDANCIA)	15.00	19.52	19.52	-	4.42
	7.1.48	97530	ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS, CONTACTO DIRECTO (UNO A UNO) ENTRE EL PACIENTE Y LA PERSONA ENCARGADA (USO DE ACTIVIDADES DINÁMICAS PARA MEJORAR EL RENDIMIENTO FUNCIONAL), CADA 15 MINUTOS	25.00	33.79	33.79	-	3.89
	7.1.49	97533	TÉCNICAS DE INTEGRACIÓN SENSORIAL PARA MEJORAR EL PROCESAMIENTO SENSORIAL Y PROMOVER LA RESPUESTA ADAPTATIVA A LAS DEMANAS DEL AMBIENTE, CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE (CARA A CARA), CADA 15 MINUTOS	25.00	42.27	42.27	-	3.89
	7.1.50	97535	ENTRENAMIENTO PARA AUTO-CUIDADO Y MANEJO EN EL HOGAR (EJEMPLO: ACTIVIDADES COTIDIANAS (ADL)) Y ENTRENAMIENTO COMPENSATORIO, PREPARACIÓN DE COMIDAS, PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD, E INSTRUCCIONES PARA USAR DISPOSITIVOS /EQUIPOS DE ADAPTACIÓN EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA), CONTACTO DIRECTO UNO A UNO, CADA 15 MINUTOS	25.00	50.63	50.63	-	N/C
	7.1.51	97535.01	TERAPIA OCUPACIONAL GRUPAL	25.00	57.30	57.30	-	8.62
	7.1.52	97537	ENTRENAMIENTO PARA LA REINTEGRACIÓN A LA COMUNIDAD Y AL TRABAJO (EJEMPLO: COMPRAS, TRANSPORTE, MANEJO DE DINERO, ACTIVIDADES Y/O TRABAJO NO VOCACIONALES, ANÁLISIS DEL ENTORNO Y SU MODIFICACIÓN, ANÁLISIS DE LAS TAREAS DEL TRABAJO, USO DE DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS /EQUIPO DE ADAPTACIÓN EMPLEADOS PARA LA ASISTENCIA), CONTACTO DIRECTO UNO A UNO, CADA 15 MINUTOS	25.00	52.12	52.12	-	13.27





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	7.1.53	97542	MANEJO DE LA SILLA DE RUEDAS (EJEMPLO: EVALUACIÓN, AJUSTE, ENTRENAMIENTO), CADA 15 MINUTOS	5.00	-	-	-	-
	7.1.54	97545	INTENSIFICACIÓ-CONDICIONAMIENTO AL ESFUERZO; 2 PRIMERAS HORAS	10.00	-	-	-	-
	7.1.55	97546	INTENSIFICACIÓ-CONDICIONAMIENTO AL ESFUERZO; CADA HORA ADICIONAL (ANOTAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO PARA EL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	10.00	-	-	-	-
	7.1.56	97597	DEBRIDAMIENTO (EJEMPLO: HIDROJET DE ALTA PRESIÓN CON O SIN SUCCIÓN, DEBRIDAMIENTO SELECTIVO CON TIJERAS, ESCALPELO Y FÓRCEPS), HERIDA ABIERTA (EJEMPLO: FIBRINA, EPIDERMIS Y/O DERMIS DESVITALIZADA, EXUDADO, RESTOS, BIOPLACA), INCLUYENDO APLICACION(ES) TÓPICA(S), EVALUACIÓN DE LA HERIDA, USO DE BAÑO, CUANDO SE REALICE E INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO SUBSIGUIENTE, POR SESIÓN, ÁREA TOTAL DE HERIDA; PRIMEROS 20.0 CM CUADRADOS O MENOS	15.00	-	-	-	-
	7.1.57	97598	DEBRIDAMIENTO (EJEMPLO: HIDROJET DE ALTA PRESIÓN CON O SIN SUCCIÓN, DEBRIDAMIENTO SELECTIVO CON TIJERAS, ESCALPELO Y FÓRCEPS), HERIDA ABIERTA (EJEMPLO: FIBRINA, EPIDERMIS Y/O DERMIS DESVITALIZADA, EXUDADO, RESTOS, BIOPLACA), INCLUYENDO APLICACION(ES) TÓPICA(S), EVALUACIÓN DE LA HERIDA, USO DE BAÑO, CUANDO SE REALICE E INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO SUBSIGUIENTE, POR SESIÓN, ÁREA TOTAL DE HERIDA; CADA 20.0 CM CUADRADOS ADICIONALES, O FRACCIÓN SUBSIGUIENTE (REGISTRAR SEPARADAMENTE ADEMÁS DEL CÓDIGO PARA EL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	15.00	-	-	-	-
	7.1.58	97610	ULTRASONIDO DE BAJA FRECUENCIA, SIN CONTACTO, NO TÉRMICO, QUE INCLUYE APLICACIÓN(ES) TÓPICA(S), CUANDO SE REALICE, EVALUACIÓN DE HERIDA, E INSTRUCCIÓN(ES) PARA ATENCIÓN CONTINUADA, POR DÍA	20.00	-	-	-	-
	7.1.59	97703	REVISIÓN FINAL PARA EL USO DE DISPOSITIVOS ORTÓTICOS/PROTÉSICOS, PACIENTE ESTABLECIDO, CADA 15 MINUTOS	15.00	22.88	22.88	-	3.64
	7.1.60	97750	PRUEBA O MEDICIÓN DEL RENDIMIENTO FÍSICO (P. EJ. MUSCULOSQUELÉTICO, CAPACIDAD FUNCIONAL), CON REPORTE ESCRITO, CADA 15 MINUTOS	15.00	34.70	34.70	-	6.84
	7.1.61	97755	EVALUACION DE LA TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA (EJEMPLO: PARA RESTAURAR, AUMENTAR O COMPENSAR LAS ACTUALES FUNCIONES, OPTIMIZAR LAS TAREAS FUNCIONALES Y/O MAXIMIZAR LA ACCESIBILIDAD AL ENTORNO), CONTACTO DIRECTO UNO-A-UNO CON EL PROVEEDOR, CON EL INFORME ESCRITO, CADA 15 MINUTOS	15.00	36.77	36.77	-	7.51
	7.1.62	97760	MANEJO Y ENTRENAMIENTO ORTÉTICO (INCLUYENDO EVALUACION Y ADECUACION CUANDO NO SE HAGA MENCION EN OTRA PARTE) DE EXTREMIDAD(ES) SUPERIOR(ES), INFERIOR(ES), Y/O TRONCO, CADA 15 MINUTOS	15.00	-	-	-	-





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
    	7.1.63	97761	ENTRENAMIENTO PROTÉTICO, EXTREMIDAD(ES) SUPERIOR(ES) E INFERIOR(ES), CADA 15 MINUTOS	15.00	-	-	-	-
	7.1.64	97762	EVALUACION DE USO ORTÉTICO/PROTÉTICO, PACIENTE CONTINUADOR, CADA 15 MINUTOS	15.00	-	-	-	-
	7.1.65	97770	TERAPIA DE APRENDIZAJE	15.00	46.68	46.68	-	8.62
	7.1.66	97782	FISIOTERAPIA ODONTOESTOMATOLÓGICA	20.00	-	-	-	-
	7.1.67	97783	BURCH	20.00	-	-	-	-
	7.1.68	97784	BLOQUEO PARAESPINAL BIE	20.00	-	-	-	-
	7.1.69	97785	DESGATILLAMIENTO MUSCULAR	25.00	56.29	56.29	-	-
	7.1.70	97786	INFILTRACIÓN PERIFACETARIA	25.00	-	-	-	-
	7.1.71	97787	TERAPIA FÍSICA DEL DOLOR	18.00	40.27	40.27	-	3.94
	7.1.72	97788	TERAPIA DE PSICOMOTRICIDAD EN NIÑO	18.00	-	-	-	-
	7.1.73	97799	SERVICIO O PROCEDIMIENTO DE MEDICINA FÍSICA/REHABILITACIÓN NO LISTADO	25.00	49.60	49.60	-	4.16
	7.1.74	97810	ACUPUNTURA, UNA O MÁS AGUJAS; SIN ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA, 15 MINUTOS INICIALES DE CONTACTO PERSONAL UNO A UNO CON EL PACIENTE	25.00	51.69	51.69	-	4.72
	7.1.75	97811	ACUPUNTURA, UNA O MÁS AGUJAS; SIN ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA, POR CADA 15 MINUTOS ADICIONALES DE CONTACTO PERSONAL UNO A UNO CON EL PACIENTE, CON REINSERCIÓN DE AGUJA(S) (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	25.00	-	-	-	4.72
	7.1.76	97813	ACUPUNTURA CON UNA O MÁS AGUJAS; CON ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA, 15 MINUTOS INICIALES DE CONTACTO PERSONAL UNO A UNO CON EL PACIENTE	25.00	-	-	-	-
	7.1.77	97814	ACUPUNTURA CON UNA O MÁS AGUJAS; CON ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA, POR CADA 15 MINUTOS ADICIONALES DE CONTACTO PERSONAL CON EL PACIENTE, CON REINSERCIÓN DE AGUJA(S) (REGISTRAR POR SEPARADO ADICIONALMENTE AL CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO PRIMARIO)	25.00	-	-	-	-
	7.1.78	98925	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN OSTEOPÁTICA; INVOLUCRA 1-2 REGIONES CORPORALES	8.00	-	-	-	-
	7.1.79	98926	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN OSTEOPÁTICA; INVOLUCRA 3-4 REGIONES CORPORALES	10.00	-	-	-	-
	7.1.80	98927	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN OSTEOPÁTICA; INVOLUCRA 5-6 REGIONES CORPORALES	12.00	-	-	-	-
	7.1.81	98928	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN OSTEOPÁTICA; INVOLUCRA 7-8 REGIONES CORPORALES	14.00	-	-	-	-
	7.1.82	98929	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN OSTEOPÁTICA; INVOLUCRA 9-10 REGIONES CORPORALES	15.00	-	-	-	-
	7.1.83	98940	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN QUIROPRÁCTICA, INVOLUCRA 1-2 REGIONES DE COLUMNA	15.00	-	-	-	-
	7.1.84	98941	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN QUIROPRÁCTICA, INVOLUCRA 3-4 REGIONES DE COLUMNA	20.00	-	-	-	-
	7.1.85	98942	TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN QUIROPRÁCTICA, INVOLUCRA 5 REGIONES DE COLUMNA	25.00	-	-	-	-
	7.1.86		TRATAMIENTO DE MANIPULACIÓN QUIROPRÁCTICA, QUE NO SEA DE COLUMNA, 1 O MÁS REGIONES	20.00	-	-	-	-





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	7.1.87	98960	EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA LA AUTOSUFICIENCIA DEL PACIENTE REALIZADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD NO MÉDICO CALIFICADO, USANDO UN PLAN DE TRABAJO, CARA A CARA CON EL PACIENTE (PODRÍA INCLUIR CUIDADOR/FAMILIAR), CADA 30 MINUTOS; PACIENTE INDIVIDUAL	20.00	34.31	34.31	-	6.52
	7.1.88	98961	EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA LA AUTOSUFICIENCIA DEL PACIENTE REALIZADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD NO MÉDICO CALIFICADO, USANDO UN PLAN DE TRABAJO, CARA A CARA CON EL PACIENTE (PODRÍA INCLUIR CUIDADOR/FAMILIAR), CADA 30 MINUTOS; 2-4 PACIENTES	20.00	-	-	-	-
	7.1.89	98962	EDUCACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA LA AUTOSUFICIENCIA DEL PACIENTE REALIZADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD NO MÉDICO CALIFICADO, USANDO UN PLAN DE TRABAJO, CARA A CARA CON EL PACIENTE (PODRÍA INCLUIR CUIDADOR/FAMILIAR), CADA 30 MINUTOS; 5-8 PACIENTES	20.00	-	-	-	-
	7.1.90	97139.01	FISIOTERAPIA DE SUELO PÉLVICO	20.00	33.78	33.78	-	3.92
	7.1.91	97799.01	FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	20.00	33.15	33.15	-	8.17
	7.1.92	97799.02	FISIOTERAPIA CARDIOVASCULAR	20.00	33.15	33.15	-	3.89
	7.1.93	97006.04	CONFECCIÓN DE FÉRULAS Y ORTÉSIS SIMPLES	25.00	57.02	57.02	-	27.12
	7.1.94	97007	APLICACIÓN DE TANQUE WHIRLPOOL (INCLUYE PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO); HIDROTERAPIA EN TANQUE DE WHIRLPOOL (MMII) POR SESIÓN	18.00	31.49	31.49	-	2.66
	7.1.95	97124	PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO, 1 O MÁS ÁREAS, CADA 15 MINUTOS; MASAJE, INCLUYENDO FROTAMIENTO (EFFLEURAGE), COMPRESIÓN (PETRISSAGE), PERCUSIÓN	25.00	51.64	51.64	-	13.27
	7.1.96	97525	PRUEBA PARA LA EVALUACIÓN DE LA CUALIDADES FÍSICAS NO ESPECIFICADO (P.EJ., ACELERÓMETRO, ETC.)	10.00	20.81	20.81	-	3.89
	7.1.97	97532	DESARROLLO DE HABILIDADES COGNITIVAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN, MEMORIA, RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS, (INCLUYE ENTRENAMIENTO COMPENSATORIO), CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE (CARA A CARA), CADA 15 MINUTOS	25.00	57.42	57.42	-	1.78
	7.1.98	U0900	TERAPIA NEURAL	20.00	-	-	-	-
	7.1.99	U0901	LASERTERAPIA	20.00	34.35	34.35	-	-
	7.1.100	U0902	REFLEXOLOGÍA	20.00	-	-	-	-
	7.1.101	U0903	TERAPIA MENTE CUERPO	20.00	-	-	-	-
	7.1.102	U0904	HOMEOPATÍA	20.00	-	-	-	-
	7.1.103	U0905	FITOTERAPIA	20.00	-	-	-	-
	7.1.104	U0906	TROFOTERAPIA	20.00	-	-	-	-
	7.1.105	U0907	TERAPIA FLORAL	20.00	-	-	-	-
	7.1.106	U0908	BIENERGÉTICA	20.00	33.47	33.47	-	-
	7.1.107	97139.02	APLICACIÓN DE MAGNETOTERAPIA POR 20 MINUTOS	12.00	-	-	-	-



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	7.1.108 97139.03	APLICACIÓN DE MAGNETOTERAPIA POR 30 MINUTOS	15.00	-	-	-	-
	7.1.109 97139.04	APLICACIÓN DE MAGNETOTERAPIA POR 40 MINUTOS	20.00	-	-	-	-
	7.1.110 97537.01	REHABILITACIÓN PROFESIONAL: FORMACIÓN PROFESIONAL	20.00	58.73	58.73	-	13.27
	7.1.111 97537.02	REHABILITACIÓN PROFESIONAL: INSERCIÓN LABORAL	20.00	58.73	58.73	-	13.27
	7.1.112 97537.03	REHABILITACIÓN PROFESIONAL PARA LA INCLUSIÓN SOCIO-LABORAL Y REINTEGRACIÓN A LA COMUNIDAD Y AL TRABAJO	20.00	-	-	-	-
	7.1.113 97770.01	TERAPIA DE APRENDIZAJE GRUPAL	20.00	-	-	-	-
8	PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS						
	8.1 D7180	EXTRACCION DE TERCERA MOLAR	60.00	-	-	-	-
	8.2 D7176	EXTRACCION SIMPLE	35.00	56.59	56.59	-	10.8
	8.3 D1110	PROFILAXIS DENTAL	30.00	43.68	43.68	27.00	4.33
	8.4 D2395	RES. IONOMERO DE VIDRIO	30.00	-	-	-	-
	8.5 D2385	RES. RESINA PORSTERIOR	35.00	-	-	-	20.43
	8.6 D2330	RES. RESINA ANTERIOR	45.00	61.28	61.28	-	17.32
	8.7 D0220	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	15.00	39.10	39.10	-	3.11
	8.8 D4355	DESTARTAJE DENTAL	40.00	57.46	57.46	-	4.88
	8.9 D2386	RES. RESINA PORSTERIOR COMPUESTA	45.00	-	-	-	23.17
	8.1 D2331	RES. RESINA ANTERIOR COMPUESTA	55.00	78.47	78.47	-	24.44
	8.11 D3110	RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO	45.00	63.18	63.18	37.00	25.67
	8.12 D3120	RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO	40.00	63.18	63.18	-	25.67
	8.13 D3221	APERTURA CAMERAL	25.00	56.50	56.50	54.00	13.84
	8.14 D3220	PULPOTOMIA	40.00	58.68	58.68	54.00	14.66
	8.15 D3230	PULPECTOMIA	40.00	63.19	63.19	-	25.67
	8.16 D9911	APLICACION DE RESINA EN SENSIBILIDAD	30.00	-	-	-	-
	8.17 D7410	ESCISION DE LESION BENIGNA	60.00	-	-	-	-
	8.18 D7510	INCISION Y DRENAJE DE ABSCESO INTRAORAL	30.00	-	-	-	-
	8.19 A7903	TRATAMIENTO DE PERICORONITIS	25.00	-	-	-	-
	8.20 E8001	TRATAMIENTO DE ALVEOLITIS SECA	30.00	-	-	-	-
	PROCEDIMIENTOS OFTALMOLÓGICOS						
	9.1 99015	REFRACCIÓN	15.00	-	-	-	-
	9.2 99016	REFRACCIÓN CICLOPLÉGICA	15.00	-	-	-	-
	9.3	DETERMINACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL	15.00	29.62	29.62	-	3.68
	9.4 99283	ATENCIÓN DE EMERGENCIA PRIORIDAD II	40.00	73.48	73.48	-	5.81





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	9.5	99401.16	CONSEJERÍA EN SALUD OCULAR	15.00	25.14	25.14	-	4.81
	9.6	92226	OFTALMOSCOPIA EXTENDIDA CON DIBUJO RETINAL (P. EJ. POR DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA, MELANOMA), INCLUYE INTERPRETACIÓN E INFORME, SUBSIGUIENTE	20.00	38.39	38.39	42.00	8.29
	9.7	92015.01	DETERMINACIÓN DE ESTADO DE REFRACCIÓN Y PRUEBA Y AJUSTE DE ANTEOJOS	15.00	-	-	-	-
10	PROCEDIMIENTOS BANCO DE SANGRE							
	10.1	86999.06	Plaqueta por Aferesis Fraccionado	900.00	-	-	-	-
	10.2	86920.07	Tamizaje serológico de sangre o componentes (VIH, Hepatitis B antígeno superficie, Hepatitis B antígeno core, Anti Chagas, Anti HTLV I y II, Anti VHC, Sífilis, Citomegalovirus, antígeno Hepatitis C) en donantes de sangre	235.00	-	-	-	-
	10.3	86999.01	Sub grupo de A; Lectin A1	15.00	-	-	-	-
	10.4	86996	Examen Medico y Entrevista Banco de Sangre	30.00	-	-	-	N/C
	10.5	85014	Hematocrito	8.00	16.74	16.74	-	2.16
	10.6	86900.02	Tipificación de sangre; Grupo Sanguineo ABD - PLACA	8.00	-	-	-	N/C
	10.7	86880	Prueba de antiglobulina humana (prueba de Coombs); directa, cada antisuero	30.00	52.10	52.10	11.00	5.71
	10.8	86901.01	Tipificación de sangre; Rh (D) variante Du	30.00	-	-	-	-
	10.9	86077	Servicios médicos de banco de sangre; pruebas cruzadas difíciles de ejecución y/o evaluación de anticuerpos irregulares, interpretación e informe escrito	120.00	-	-	24.00	-
11	OTROS PROCEDIMIENTOS							
	11.1	10030	Drenaje de colección líquida mediante catéter guiado por imágenes (p. ej. absceso, hematoma, seroma, linfociste, quiste) en tejido blando (p. ej. extremidad, pared abdominal, cuello), por vía percutánea	1369.92	913.28	913.28	-	737.51
	11.2	10060	Incisión y drenaje de abscesos simples o únicos (p. ej. Carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneo o subcutáneo, quiste, forúnculo o paroniquia)	189.22	126.14	126.14	100.00	20.77
	11.3	10061	Incisión y drenaje de abscesos complicados o múltiples (p. ej. Carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneo o subcutáneo, quiste, forúnculo o paroniquia)	259.54	173.03	173.03	-	100.2
	11.4	11000	Debridamiento de piel infectada o eczemas extensos, hasta el 10% de superficie corporal	803.05	535.37	535.37	60.00	22.65
	11.5	11042	Debridamiento de tejido subcutáneo (incluye piel y dermis); primeros 20.0 cm cuadrados o menos	1143.15	762.10	762.10	-	125.58
	11.6	11042.01	Limpieza quirúrgica o escarectomía menor a 10%	2863.68	1909.12	1909.12	-	1,421.78
	11.7	11042.02	Limpieza quirúrgica o escarectomía de 10% a 20%	4293.54	2862.36	2862.36	-	2,049.47
	11.8	11100	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluye cierre simple), a menos que se registre en otro lugar; lesión única	159.10	106.07	106.07	-	21.42
	11.9	11101	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluye cierre simple), a menos que se registre en otro lugar; cada lesión adicional o separada (registro separado además del procedimiento primario)	193.00	128.66	128.66	-	53.5
		11975	Inserción de cápsulas conceptuales implantables	SUBSICIADO	462.54	462.54	-	3.65
		11976	Remoción de cápsulas conceptuales implantables	SUBSICIADO	69.61	69.61	-	2.94





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.12	12001	Sutura simple de heridas superficiales de cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (Incluyendo manos y pies); 2.5 cm o menos	81.30	54.20	54.20	-	11.73
	11.13	12002	Sutura simple de heridas superficiales de cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (Incluyendo manos y pies); 2.6 a 7.5 cm	103.92	69.28	69.28	48.00	11.98
	11.14	12004	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (Incluyendo manos y pies); de 7.6 a 12.5 cm	117.41	78.27	78.27	-	25.39
	11.15	12005	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (Incluyendo manos y pies); 12.6 a 20.0 cm	137.29	91.53	91.53	57.00	18.13
	11.16	12006	Sutura simple de heridas superficiales en cuero cabelludo, cuello, axila, genitales externos, tronco y/o extremidades (Incluyendo manos y pies); 20.1 a 30.0 cm	137.29	91.53	91.53	-	38.64
	11.17	12011	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; menos de 2.5 cm	95.39	63.59	63.59	-	23.93
	11.18	12013	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 2.6 a 5.0 cm	274.68	183.12	183.12	-	74.24
	11.19	12014	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 5.1 a 7.5 cm	404.20	269.47	269.47	-	160.59
	11.20	12015	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 7.6 a 12.5 cm	404.20	269.47	269.47	-	160.59
	11.21	12016	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 12.6 a 20.0 cm	831.37	554.25	554.25	-	445.36
	11.22	12017	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; 20.1 a 30.0 cm	870.12	580.08	580.08	-	445.36
	11.23	12018	Sutura simple de heridas superficiales en cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas; mayor de 30.0 cm	870.12	580.08	580.08	-	445.36
	11.24	12020	Tratamiento de dehiscencia de herida superficial con cierre simple	447.70	298.47	298.47	-	110.28
	11.25	12021	Tratamiento de dehiscencia de herida superficial con apósitos de gasa	244.29	162.86	162.86	-	110.28
	11.26	12031	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 2.5 cm o menos	362.40	241.60	241.60	-	160.59
	11.27	12032	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 2.6 cm a 7.5 cm	401.14	267.43	267.43	52.00	160.59
	11.28	12034	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 7.6 a 12.5 cm	439.89	293.26	293.26	-	160.59
	11.29	12035	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 12.6 cm a 20.0 cm	817.52	545.01	545.01	57.00	412.34
	11.30	12036	Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); 20.1 a 30.0 cm	895.01	596.67	596.67	-	412.34
	11.31		Reparación intermedia de heridas de cuero cabelludo, axilas, tronco y/o extremidades (excluyendo manos y pies); mayor de 30.0 cm	895.01	596.67	596.67	-	412.34
	11.32	12041	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de menos de 2.5 cm	235.06	156.71	156.71	-	11.86



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.33	12042	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 2.6 a 7.5 cm	254.94	169.96	169.96	-	17.4
	11.34	12044	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 7.6 a 12.5 cm	460.31	306.88	306.88	-	200.03
	11.35	12045	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 12.6 a 20.0 cm	499.06	332.71	332.71	-	19.1
	11.36	12046	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos de 20.1 a 30.0 cm	543.59	362.39	362.39	-	200.03
	11.37	12047	Cierre en capas de heridas de cuello, manos, pies y/o genitales externos mayor de 30.0 cm	659.83	439.89	439.89	-	200.03
	11.38	12051	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de menos de 2.5 cm	517.36	344.90	344.90	-	160.59
	11.39	12052	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 2.6 a 5.0 cm	517.36	344.90	344.90	-	160.59
	11.40	12053	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 5.1 a 7.5 cm	517.36	344.90	344.90	-	160.59
	11.41	12054	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 7.6 a 12.5 cm	894.98	596.65	596.65	-	412.34
	11.42	12055	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 12.6 a 20.0 cm	1127.44	751.63	751.63	-	412.34
	11.43	12056	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas de 20.1 a 30.0 cm	1127.44	751.63	751.63	-	412.34
	11.44	12057	Reparación intermedia de heridas de cara, oídos, párpados, nariz, labios y/o mucosas mayor de 30.0 cm	1243.67	829.12	829.12	-	412.34
	11.45	13100	Reparación compleja de tronco de 1.1 a 2.5 cm	936.55	624.37	624.37	-	127
	11.46	13101	Reparación compleja de tronco de 2.6 a 7.5 cm	936.55	624.37	624.37	-	234.26
	11.47	13102	Reparación compleja de tronco, cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	936.55	624.37	624.37	-	234.26
	11.48	13120	Reparación compleja cuero cabelludo, brazos y/o piernas; de 1.1 a 2.5 cm	723.05	482.03	482.03	-	234.26
	11.49	13121	Reparación compleja cuero cabelludo, brazos y/o piernas; de 2.6 a 7.5 cm	723.05	482.03	482.03	-	234.26
	11.50	13122	Reparación compleja cuero cabelludo, brazos y/o piernas; cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	723.05	482.03	482.03	-	234.26
	11.51	13131	Reparación compleja de frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies; de 1.1 a 2.5 cm	723.05	482.03	482.03	-	234.26
	11.52	13132	Reparación compleja de frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies; de 2.6 a 7.5 cm	829.13	552.75	552.75	-	234.26
	11.53	13133	Reparación compleja de frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies; cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	829.13	552.75	552.75	-	234.26
	11.54	13150	Reparación compleja de piel de párpados, nariz, oídos y/o labios (epidermis, dermis y tejido subcutáneo) menor de 1.0 cm	827.19	551.46	551.46	-	412.34
	11.55	13151	Reparación compleja de párpados, nariz, oídos y/o labios; de 1.1 a 2.5 cm	827.19	551.46	551.46	-	412.34
	11.56	13152	Reparación compleja de párpados, nariz, oídos y/o labios; de 2.6 a 7.5 cm	991.85	661.24	661.24	-	412.34
	11.57	13153	Reparación compleja de párpados, nariz, oídos y/o labios; cada 5.0 cm adicionales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	991.85	661.24	661.24	-	412.34
	11.58	13160	Cierre secundario de herida quirúrgica o dehiscencia, amplia o complicada	1249.70	833.13	833.13	600.00	267.43
	11.59	13161	Extracción de puntos	74.16	49.44	49.44	-	11.94
	11.60	13162	Injerto autólogo de espesor parcial menor a 10% - AIDE (autoinjerto dermo epidérmico de espesor parcial)	1877.94	1251.96	1251.96	-	762.33



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.61	15100.02	Injerto autólogo de espesor parcial entre 10% a 20% - AIDE (autoinjerto dermo epidérmico de espesor parcial)	2945.78	1963.85	1963.85	-	1,146.96
	11.62	15240	Injerto de espesor total, en frente, mejillas, mentón, boca, cuello, axila, genitales, manos y/o pies, 20.0 cm cuadrados o menos, incluyendo cierre directo del sitio del donador	2353.58	1569.06	1569.06	-	752.16
	11.63	15260	Injerto de espesor total, en nariz, oídos, párpados y/o labios, de 20.0 cm cuadrados o menos, incluyendo cierre directo del sitio del donador	2353.58	1569.06	1569.06	-	752.16
	11.64	15300.01	Injerto Alogénico menor de 10% (Homoinjerto)	1578.88	1052.59	1052.59	-	564.46
	11.65	15300.02	Injerto Alogénico entre 10% a 20% (Homoinjerto)	2408.88	1605.92	1605.92	-	791.66
	11.66	15400.01	Injerto Heterólogo menor de 10% (Xenoinjerto)	3528.21	2352.14	2352.14	-	1,866.06
	11.67	15400.02	Injerto Heterólogo entre 10% a 20% (Xenoinjerto)	8273.91	5515.94	5515.94	-	4,705.26
	11.68	15849	Retiro de puntos sin anestesia	59.05	39.37	39.37	-	4.86
	11.69	15851	Retiro de puntos bajo anestesia (que no sea anestesia local), hecho por otro cirujano	77.39	51.59	51.59	-	11.94
	11.70	15852	Cambio de apósitos y curaciones (que no sea para quemaduras) bajo anestesia (diferente de la local)	166.63	111.09	111.09	28.00	25.66
	11.71	15854	Curación de herida primaria	56.41	37.81	37.81	-	23.45
	11.72	16000	Tratamiento local de quemadura de primer grado; sin necesidad de tratamiento diferente del local	176.00	117.33	117.33	102.00	23.7
	11.73	16010	Debridamiento o cura quirúrgica de quemaduras bajo anestesia	1510.73	1007.15	1007.15	-	72.53
	11.74	16020	Debridamiento y/o colocación de apósitos de una quemadura de espesor parcial pequeña (p. ej. menos del 5% de la superficie corporal), manejo inicial o subsiguiente	1285.29	856.86	856.86	-	729.12
	11.75	16025	Debridamiento y/o colocación de apósitos de una quemadura de espesor parcial mediana (p. ej. toda la cara o toda una extremidad o del 5% al 10% de la superficie corporal), manejo inicial o subsiguiente	1502.58	1001.72	1001.72	-	841.21
	11.76	16030	Debridamiento y/o colocación de apósitos de una quemadura de espesor parcial grande (p. ej. más del 10% de la superficie corporal, o más de 1 extremidad)	1899.64	1266.43	1266.43	157.00	1,040.37
	11.77	16035	Escarotomía, incisión inicial	1986.52	1324.35	1324.35	-	124.43
	11.78	19000	Punción aspirativa de quiste de mama	199.82	133.21	133.21	-	40.34
	11.79	19100	Biopsia percutánea de mama; aguja trocar (procedimiento separado) sin guía de imágenes	421.06	280.71	280.71	-	42.7
	11.80	19101	Biopsia de mama a cielo abierto	756.62	504.41	504.41	-	91.1
	11.81	19102	Biopsia percutánea de mama con imágenes	468.07	312.04	312.04	-	79.69
	11.82	19103	Biopsia percutánea de mama con ayuda de imágenes y uso de dispositivo de vacío	467.92	311.94	311.94	-	203.17
	11.83	19120	Escisión abierta de quiste, fibroadenoma u otra lesión benigna o maligna de mama, tejido mamario aberrante, lesión de conducto, lesión de pezón o areola (excepto código 19300) en hombres o mujeres, 1 o más lesiones	1171.15	780.76	780.76	-	80.5
	11.84	20220	Biopsia de hueso, trocar, o aguja; superficial (p. ej. hueso ilíaco, esternón, apófisis espinosa, costillas)	716.84	477.89	477.89	194.00	19.81
	11.85	20600	Artrocentesis con aspiración y/o inyección; articulación pequeña, bolsa sinovial o ganglio (p. ej. Dedos de la mano o pie)	329.85	219.90	219.90	37.00	182.41
	11.86	20604	Artrocentesis, aspiración y/o inyección, pequeñas articulaciones o bursa (p. ej. dedos de manos o pies); con guía de ultrasonido, con permanente registro y reporte	331.44	220.96	220.96	-	182.41



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.87	20605	Artrocentesis con aspiración y/o inyección de articulación intermedia, bolsa sinovial o ganglio (p. ej. temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo o tobillo, bolsa del olecranon)	329.85	219.90	219.90	-	30.1
	11.88	20606	Artrocentesis, aspiración y/o inyección, articulaciones intermedias o bursa (p. ej. temporomandibular, acromioclavicular, muñeca, codo, tobillo, bursa olecraneana); con guía de ultrasonido, con registro y reporte permanente	329.85	219.90	219.90	-	182.41
	11.89	20610	Artrocentesis con aspiración y/o inyección de articulación o bolsa sinovial mayor (p. ej. hombro, cadera, articulación de la rodilla, bolsa sub acromial)	329.85	219.90	219.90	-	30.28
	11.90	20611	Artrocentesis, aspiración y/o inyección; articulación mayor o bursa (ej. Hombro, cadera, rodilla, bursa subacromial) con guía de ultrasonido, con permanente reporte y registro	329.85	219.90	219.90	-	182.41
	11.91	22305	Tratamiento cerrado de fracturas de procesos vertebrales	273.73	182.49	182.49	159.00	23.51
	11.92	22310	Tratamiento cerrado de fracturas de cuerpos vertebrales, sin manipulación, que requieren e incluye enyesado o abrazadera	265.22	176.81	176.81	345.00	65.83
	11.93	22315	Tratamiento cerrado de fracturas y/o dislocaciones vertebrales que requieren yeso o con abrazadera, con e incluyendo yeso o abrazadera, con o sin anestesia, empleando manipulación o tracción	273.73	182.49	182.49	-	56.34
	11.94	22318	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura de apófisis odontoides y/o dislocadura (s) (Incluyendo apófisis odontoides), aproximación anterior, colocación de fijación interna; sin injerto	2732.73	1821.82	1821.82	1,482	341.81
	11.95	22319	Tratamiento abierto y/o reducción de fractura de apófisis odontoides y/o dislocadura (s) (Incluyendo apófisis odontoides), aproximación anterior, colocación de fijación interna; con injerto	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.96	22325	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; lumbar	2732.73	1821.82	1821.82	1,241	357.72
	11.97	22326	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; cervical	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.98	22327	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; torácico	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.99	22328	Tratamiento abierto y/o reducción de fracturas o dislocaciones vertebrales, abordaje posterior, fractura de una sola vértebra, o dislocación de un solo segmento; cada vértebra fracturada o segmento dislocado adicionales. (anote separadamente además del código del procedimiento principal)	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.100	22505	Manipulación de columna con necesidad de anestesia, cualquier región	4597.43	3064.95	3064.95	145.00	123.94
	11.101	22840	Instrumentación posterior no segmentaria (p. ej. técnica única de varilla de Harrington, fijación de pedículo a través de 1 interespaciom fijación con tornillo transarticular atlantoaxial, tendido de alambre sublamina en C1, fijación de tornillo en faceta) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	4015.02	2676.68	2676.68	1,151	334.07
	11.102		Fijación interna de la columna mediante tendido de alambre de las apófisis espinosas (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	3508.36	2338.90	2338.90	363.00	752.71



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.103	22842	Instrumentación segmentaria posterior (p. ej. fijación al pedículo, varillas dobles con varios ganchos y alambres sublaminares); de 3 a 6 segmentos vertebrales (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	3587.77	2391.85	2391.85	939.00	289.37
	11.104	22843	Instrumentación segmentaria posterior (p. ej. fijación al pedículo, varillas dobles con varios ganchos y alambres sublaminares); de 7 a 12 segmentos vertebrales. (registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario)	4015.02	2876.68	2876.68	-	1,090.48
	11.105	22844	Instrumentación segmentaria posterior (p. ej. fijación al pedículo, varillas dobles con varios ganchos y alambres sublaminares); de 13 o más segmentos vertebrales. Registrar por separado adicionalmente al código del procedimiento primario	4442.28	2961.52	2961.52	-	1,090.48
	11.106	22848	Fijación pélvica (unión del extremo caudal de la instrumentación a estructuras óseas de la pelvis) que no sea el sacro (registrar separadamente además del código del procedimiento primario)	3508.36	2338.90	2338.90	465.00	752.71
	11.107	22851	Aplicación de dispositivo biomecánico intervertebral (p. ej. jaulas metálicas, metilmetacrilato) para defectos vertebrales o de interespacio (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	4597.10	3064.73	3064.73	620.00	1,393.52
	11.108	23491	Tratamiento profiláctico (uso de clavos, clavijas, placas o alambre) con o sin metilmetacrilato; húmero proximal	2385.89	1590.59	1590.59	-	906.8
	11.109	23600	Tratamiento cerrado de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico); sin manipulación	178.03	118.69	118.69	188.00	65.83
	11.110	23605	Tratamiento cerrado de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico); con manipulación, con o sin tracción esquelética	209.15	139.44	139.44	-	47.29
	11.111	23615	Tratamiento abierto de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico), incluye fijación interna, cuando se realice, con reparación de tuberosidades, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	823.00	259.35
	11.112	23616	Tratamiento abierto de fractura del húmero proximal (cuello quirúrgico o anatómico), con o sin fijación interna o externa, con o sin corrección de tuberosidades; con reemplazo protésico del húmero proximal	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.113	23650	Tratamiento cerrado de dislocación del hombro, con manipulación; sin anestesia	209.15	139.44	139.44	221.00	71.82
	11.114	23655	Tratamiento cerrado de dislocación del hombro, con manipulación; con anestesia	335.40	223.60	223.60	-	71.82
	11.115	24500	Tratamiento cerrado de fractura del diáfisis del húmero; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	105.00	65.83
	11.116	24505	Tratamiento cerrado de fractura del diáfisis del húmero; con manipulación, con o sin tracción esquelética	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.117	24515	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del húmero con placa/tornillos, con o sin cerclaje	2360.91	1573.94	1573.94	314.00	194.12
	11.118	24516	Tratamiento de fractura de diáfisis del húmero, con inserción de implante intramedular, con o sin cerclaje y/o tornillos fijadores	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.119	24530	Tratamiento cerrado de fractura humeral supracondilar o transccondilar, con o sin extensión intercondilar; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	-	65.83
	11.120	24535	Tratamiento cerrado de fractura humeral supracondilar o transccondilar, con o sin extensión intercondilar; con manipulación, con o sin tracción de piel o tracción esquelética	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.121		Fijación esquelética percutánea para fractura humeral supracondilar o transccondilar, con o sin extensión intercondilar	1796.78	1197.86	1197.86	210.00	133.29



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.122	24545	Tratamiento abierto de fractura humeral supracondilar o transcndilar, con o sin fijación interna o externa; sin extensión intercondilar	2732.73	1821.82	1821.82	-	232.97
	11.123	24546	Tratamiento abierto de fractura humeral supracondilar o transcndilar, con o sin fijación interna o externa; con extensión intercondilar	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.124	24560	Tratamiento cerrado de fractura humeral epicondilar, medial o lateral; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	-	65.83
	11.125	24565	Tratamiento cerrado de fractura humeral epicondilar, medial o lateral; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.126	24566	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral epicondilar, medial o lateral, con manipulación	1796.78	1197.86	1197.86	-	752.71
	11.127	24575	Tratamiento abierto de fractura humeral epicondilar, medial o lateral, con o sin fijación interna	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.128	24576	Tratamiento cerrado de fractura humeral condilar, medial o lateral; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	-	65.83
	11.129	24577	Tratamiento cerrado de fractura humeral condilar, medial o lateral; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.130	24579	Tratamiento abierto de fractura humeral condilar, medial o lateral, con o sin fijación interna	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.131	24582	Fijación esquelética percutánea de fractura humeral condilar, medial o lateral, con manipulación	1796.78	1197.86	1197.86	-	752.71
	11.132	24650	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello del radio; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	87.00	65.83
	11.133	24655	Tratamiento cerrado de fractura de cabeza o cuello del radio; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.134	24665	Tratamiento abierto de fractura de cabeza o cuello del radio, incluye fijación interna o Escisión de la cabeza del radio, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	190.00	152.04
	11.135	24666	Tratamiento abierto de fractura de cabeza o cuello del radio, con fijación interna o Escisión de la cabeza del radio, cuando se realice; con reemplazo protésico de cabeza del radio	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.136	24670	Tratamiento cerrado de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); sin manipulación	178.03	118.69	118.69	87.00	65.83
	11.137	24675	Tratamiento cerrado de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.138	24685	Tratamiento abierto de fractura del cúbito, extremo proximal (apófisis coronoides u olecranon); incluye fijación interna, cuando se realice	2078.32	1385.55	1385.55	208.00	150.76
	11.139	25500	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	91.00	47.48
	11.140	25505	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	47.73
	11.141	25515	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del radio, incluye fijación interna, cuando se realice	2078.32	1385.55	1385.55	236.00	150.76
	11.142	25520	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del radio, y tratamiento cerrado de dislocación de la articulación radio-cubital distal (fractura/dislocación de Galeazzi)	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.143	25525	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del radio, con fijación interna, cuando se realice, y tratamiento cerrado de la dislocación de la articulación radio-cubital distal (fractura/dislocación de Galeazzi), incluye fijación esquelética percutánea, cuando se realice	2226.06	1484.04	1484.04	-	148.18
	11.144	25526	Tratamiento abierto de fractura de diáfisis del radio, con fijación interna, cuando se realice, y tratamiento abierto de la dislocadura de articulación radio-cubital distal (fractura/dislocadura de Galeazzi), incluyendo fijación interna, cuando se realice, incluyendo reparación del complejo de fibrocartilago triangular	2226.06	1484.04	1484.04	-	235.31



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.145	25530	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del cúbito; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	-	65.83
	11.146	25535	Tratamiento cerrado de fractura de diáfisis del cúbito; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.147	25545	Tratamiento abierto de fractura de la diáfisis del cúbito, incluye fijación interna, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.148	25560	Tratamiento cerrado de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	-	65.83
	11.149	25565	Tratamiento cerrado de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.150	25574	Tratamiento abierto de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito, con fijación interna, cuando se realice; de radio o cúbito	2732.73	1821.82	1821.82	-	153.33
	11.151	25575	Tratamiento abierto de fracturas de las diáfisis del radio y cúbito, con fijación interna, cuando se realice, de radio y cúbito	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.152	25600	Tratamiento cerrado de fractura distal del radio (p. ej. fractura de Colles o Smith) o separación epifisaria, incluye el tratamiento cerrado de fractura de la apófisis estiloides cubital, cuando se realice; sin manipulación	177.57	118.38	118.38	-	65.83
	11.153	25605	Tratamiento cerrado de fractura distal del radio (p. ej. fractura de Colles o Smith) o separación epifisaria, incluye el tratamiento cerrado de fractura de la apófisis estiloides cubital, cuando se realice; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.154	25606	Fijación percutánea de fractura distal de radio o separación epifisaria	1818.91	1212.61	1212.61	-	148.18
	11.155	25607	Tratamiento abierto de fractura distal del radio extra-articular o separación epifisaria, con fijación interna	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.156	25608	Tratamiento abierto de fractura distal del radio intra-articular o separación epifisaria; con fijación interna de 2 fragmentos	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.157	25609	Tratamiento abierto de fractura distal del radio intra-articular o separación epifisaria; con fijación interna de 3 o más fragmentos	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.158	25620	Tratamiento abierto de fractura distal de radio	2732.73	1821.82	1821.82	-	150.76
	11.159	25630	Tratamiento cerrado de fractura de hueso carpiano (excluyendo el escafoide carpiano (navicular)); sin manipulación, cada hueso	178.03	118.69	118.69	107.00	24.14
	11.160	25650	Tratamiento cerrado de fractura de la apófisis estiloides cubital	209.15	139.44	139.44	82.00	71.82
	11.161	25651	Fijación percutánea de fractura de la apófisis estiloides del cúbito	1796.78	1197.86	1197.86	-	752.71
	11.162	25652	Tratamiento abierto de fractura de apófisis estiloides del cúbito	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.163	27120	Acetabuloplastia; (p. ej. Whitman, Colonna, Haygroves, o "en copa")	2824.44	1882.96	1882.96	848.00	285.94
	11.164	27193	Tratamiento cerrado de fractura del anillo pelviano, dislocación, diéstasis o subluxación; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	288.00	65.83
	11.165	27215	Tratamiento abierto de fracturas de espinas ilíacas, avulsiva de la tuberosidad, o de la cresta ilíaca (p. ej. fracturas pélvicas que no comprometen el anillo pelviano), con fijación interna, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	531.00	200.25
	11.166	27216	Fijación esquelética percutánea de fractura y/o dislocación del anillo pelviano posterior, con patrones de fractura que destruyen el anillo pélvico, unilateral (incluye ilion, articulación sacroilíaca y/o sacro)	2516.12	1677.41	1677.41	559.00	192.52
	11.167	27217	Tratamiento abierto de fractura y/o dislocación de hueso pélvico anterior, con patrones de fractura que afectan el anillo pélvico, unilateral, incluyendo fijación interna, cuando se realice (incluye sínfisis púbica y/o rama ipsilateral superior/inferior)	2018.06	1345.37	1345.37	667.00	207.97
	11.168	27218	Tratamiento abierto de fractura y/o dislocación de hueso pélvico anterior, con patrones de fractura que afectan el anillo pélvico, bilateral, incluyendo fijación interna, cuando se realice (incluye ilion ipsilateral, articulación sacroilíaca y/o sacro)	2018.06	1345.37	1345.37	-	643.39



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.169	27226	Tratamiento abierto de fractura de la pared anterior o posterior del acetábulo, con fijación interna	2808.25	1872.17	1872.17	963.00	291.11
	11.170	27230	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo proximal, cuello; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	454.00	65.83
	11.171	27232	Tratamiento cerrado de fractura femoral, extremo proximal, cuello; con manipulación, con o sin tracción esquelética	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.172	27235	Fijación esquelética percutánea de fractura femoral, extremo proximal, cuello	2009.45	1339.63	1339.63	933.00	349.76
	11.173	27236	Tratamiento abierto de fractura femoral, extremo proximal, cuello, fijación interna o reemplazo protético	2226.06	1484.04	1484.04	975.00	278.24
	11.174	27238	Tratamiento cerrado de fractura femoral pertrocanterica, o subtrocanterica femoral; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	-	65.83
	11.175	27240	Tratamiento cerrado de fractura femoral pertrocanterica, o subtrocanterica; con manipulación, con o sin tracción de piel o tracción esquelética	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.176	27244	Tratamiento abierto de fractura femoral intertrocanterica, pertrocanterica, o subtrocanterica; con implante del tipo placa/tornillo, con o sin cerclaje	2159.15	1439.43	1439.43	-	696.33
	11.177	27245	Tratamiento abierto de fractura femoral intertrocanterica, pertrocanterica, o subtrocanterica; con implante intramedular, con o sin tornillos fijadores y/o cerclaje	2159.15	1439.43	1439.43	-	696.33
	11.178	27246	Tratamiento cerrado de fractura del trocánter mayor, sin manipulación	178.03	118.69	118.69	235.00	65.83
	11.179	27248	Tratamiento abierto de fractura del trocánter mayor, incluye fijación interna, cuando se realice	2226.06	1484.04	1484.04	448.00	752.71
	11.180	27267	Tratamiento cerrado de fractura femoral, proximal o distal, cabeza; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	-	65.83
	11.181	27268	Tratamiento cerrado de fractura femoral, proximal o distal, cabeza; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.182	27269	Tratamiento abierto de fractura femoral, proximal distal, cabeza, incluye fijación interna, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.183	27530	Tratamiento cerrado de fractura tibial, proximal (meseta); sin manipulación	178.03	118.69	118.69	225.00	65.83
	11.184	27532	Tratamiento cerrado de fractura tibial, proximal (meseta); con o sin manipulación, con tracción esquelética	200.16	133.44	133.44	-	65.83
	11.185	27535	Tratamiento abierto de fractura tibial, proximal (meseta); unicondilar, con o sin fijación interna o externa	2732.73	1821.82	1821.82	561.00	1,090.48
	11.186	27536	Tratamiento abierto de fractura tibial, proximal (meseta); bicondilar, con o sin fijación interna	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
	11.187	27750	Tratamiento cerrado de fractura de la diáfisis tibial (con o sin fractura del peroné); sin manipulación	178.03	118.69	118.69	193.00	47.73
	11.188	27780	Tratamiento cerrado de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	233.00	65.83
	11.189	27781	Tratamiento cerrado de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné; con manipulación	209.15	139.44	139.44	-	71.82
	11.190	27784	Tratamiento abierto de fractura de peroné proximal, o diáfisis del peroné, incluye fijación interna, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	372.00	178.42
	11.191	27786	Tratamiento cerrado de fractura del peroné distal (maléolo lateral); sin manipulación	178.03	118.69	118.69	171.00	65.83
	11.192	27788	Tratamiento cerrado de fractura del peroné distal (maléolo lateral); con manipulación	222.04	148.03	148.03	-	71.82
	11.193	27792	Tratamiento abierto de fractura del peroné distal (maléolo lateral), incluye fijación interna, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	398.00	178.42
	11.194	27822	Tratamiento abierto de fractura trimaléolar del tobillo, incluyendo fijación interna, cuando se realice, maléolo medial y/o lateral; sin fijación de labio posterior	2018.06	1345.37	1345.37	448.00	175.44
	11.195	27822	Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axial (p. ej. pilón o platón tibial), con o sin anestesia; sin manipulación	177.57	118.38	118.38	252.00	65.83



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.196	27825		Tratamiento cerrado de fractura de la porción articular de la tibia distal que soporta carga axil (p. ej. pilón o plafón tibial), con o sin anestesia; con tracción esquelética y/o con requerimiento de manipulación	186.56	124.38	124.38	-	71.82
11.197	27826		Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axil (p. ej. pilón y plafón tibial), con fijación interna, cuando se realice; sólo de peroné	2732.73	1821.82	1821.82	462.00	1,090.48
11.198	27827		Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axil (p. ej. pilón y plafón tibial), con fijación interna, cuando se realice; sólo de tibia	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
11.199	27828		Tratamiento abierto de fractura de la porción de la superficie articular de la tibia distal que soporta carga axil (p. ej. pilón y plafón tibial), con fijación interna, cuando se realice; de ambos, tibia y peroné	2732.73	1821.82	1821.82	-	1,090.48
11.200	27829		Tratamiento abierto de rotura de la articulación tibioperonea distal (sindeesmosis), incluye fijación interna, cuando se realice	2732.73	1821.82	1821.82	372.00	178.42
11.201	27830		Tratamiento cerrado de dislocación de articulación tibioperonea proximal; sin anestesia	209.15	139.44	139.44	204.00	71.82
11.202	27831		Tratamiento cerrado de dislocación de articulación tibioperonea proximal; con anestesia	335.40	223.60	223.60	-	71.82
11.203	27832		Tratamiento abierto de dislocación de articulación tibioperonea proximal, incluye fijación interna, cuando se realice, o con Escisión de peroné proximal	2732.73	1821.82	1821.82	413.00	178.42
11.204	28450		Tratamiento de fractura de hueso tarsiano (excepto astrágalo y calcáneo); sin manipulación, cada una	177.57	118.38	118.38	150.00	24.64
11.205	28490		Tratamiento cerrado de fractura de dedo gordo, falange o falanges; sin manipulación	178.03	118.69	118.69	101.00	24.39
11.206	29010		Aplicación de corsé de Risser, localizador, cuerpo; solamente	133.75	89.17	89.17	29.00	24.6
11.207	29058		Aplicación; enyesado tipo Velpeau	156.34	104.23	104.23	50.00	47.94
11.208	29075		Aplicación; de codo a dedo (corto, del brazo)	145.05	96.70	96.70	57.00	47.63
11.209	29085		Aplicación; de mano a antebrazo bajo (guante)	133.75	89.17	89.17	43.00	24.29
11.210	29345		Aplicación de enyesado largo para la pierna (muslo a dedos)	156.34	104.23	104.23	72.00	47.94
11.211	29405		Aplicación de enyesado corto para la pierna (debajo de la rodilla hasta dedos de los pies)	133.75	89.17	89.17	58.00	47.63
11.212	29450		Aplicación de yeso para pie zambo, moldeado, o manipulación, largo o corto para la pierna	178.93	119.29	119.29	-	47.94
11.213	29700		Remoción o bivalvo; enyesado tipo guante, bota o corporal	58.33	38.89	38.89	33.00	3.09
11.214	29705		Remoción o bivalvo; yeso de brazo completo o pierna completa	58.33	38.89	38.89	-	3.09
11.215	29710		Remoción o bivalvo; espiga de hombro o cadera, Minerva, o corsé de Risser, etc	58.33	38.89	38.89	-	3.09
11.216	29715		Remoción o bivalvo; corsé con tensor	58.25	38.83	38.83	-	3.09
11.217	29799		Procedimiento que no aparece en la lista, yeso o vendaje: Vendaje de miembros superiores e inferiores	41.02	27.35	27.35	-	8.78
11.218	29855		Tratamiento asistido por Artroscopia de fractura tibial, proximal (meseta); unicondilar, incluye fijación interna, cuando se realice (incluye artroscopia)	3745.25	2496.83	2496.83	-	1,894.89
11.219	29856		Tratamiento asistido por artroscopia de fractura tibial, proximal (meseta); bicondilar, incluye fijación interna, cuando se realice (incluye artroscopia)	4951.85	3301.23	3301.23	-	2,699.29
11.220			Intubación, endotraqueal, procedimiento de urgencia	398.96	265.97	265.97	0.00	30.76
11.221			Laringoscopia indirecta, diagnóstica (procedimiento separado)	452.47	301.65	301.65	116.00	47.56



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.222	31515	Laringoscopia directa, con o sin traqueoscopia; para aspiración	448.46	298.97	298.97	273.00	49.44
	11.223	31530	Laringoscopia, directa, operatoria, con extirpación de cuerpo extraño	666.61	444.41	444.41	-	242.93
	11.224	31603	Traqueostomía, procedimiento de emergencia; transtraqueal	1039.65	693.10	693.10	202.00	72.46
	11.225	31622	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye la guía fluoroscópica, cuando se realice, con lavado de células, cuando se realice (procedimiento separado)	503.30	335.53	335.53	171.00	162.21
	11.226	31623	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realice, con cepillado simple o protegido	610.40	406.93	406.93	-	209.87
	11.227	31624	Broncoscopia, rígida o flexible, incluye guía fluoroscópica, cuando se realice, con lavado bronquioalveolar	635.78	423.85	423.85	-	244.12
	11.228	31635	Broncoscopia, incluyendo guía fluoroscópica, cuando se realice, y remoción de cuerpo extraño	635.78	423.85	423.85	-	209.87
	11.229	31720.01	Aspiración de secreciones	60.85	40.57	40.57	-	16.4
	11.230	32100	Toracotomía, con exploración	2674.21	1782.80	1782.80	766.00	195.04
	11.231	32200	Neumonostomía con drenaje abierto de absceso o quiste	2887.00	1924.67	1924.67	485.00	385.86
	11.232	32421	Toracocentesis, para aspiración, primera vez o subsecuente	860.46	573.64	573.64	-	30.16
	11.233	32422	Drenaje torácico con tubo de drenaje, incluye sistema de sello bajo agua (p. ej. neumotórax)	943.49	628.99	628.99	-	191.84
	11.234	32440	Neumonectomía total	3469.20	2312.80	2312.80	1,423	383.34
	11.235	32480	Lobectomía pulmonar	2966.25	1977.50	1977.50	1,255	385.86
	11.236	32554	Toracocentesis, con aguja o catéter, aspiración del espacio pleural; sin guía de imágenes	766.05	510.70	510.70	-	466.5
	11.237	32555	Toracocentesis, con aguja o catéter, aspiración del espacio pleural; con guía de imágenes	793.67	529.11	529.11	-	466.5
	11.238	33010	Pericardiocentesis inicial	508.69	339.13	339.13	139.00	30.66
	11.239	33025	Creación de ventana pericárdica o resección parcial para drenaje por vía transtorácica	1972.18	1314.78	1314.78	749.00	291.99
	11.240	35526	Derivación sanguínea con injerto de vena entre la arteria aorta y la arteria subclavia o la arteria carotida	2833.41	1888.94	1888.94	1,239	445.47
	11.241	36416	Colección de sangre capilar (p. ej. dedo, talón u oreja)	23.07	15.38	15.38	-	1.06
	11.242	36430	Transfusión de sangre o componentes sanguíneos	294.73	196.49	196.49	-	58.79
	11.243	36450	Exsanguinotransfusión de recién nacido	600.12	400.08	400.08	-	62.13
	11.244	36455	Exsanguinotransfusión de cualquier otro tipo de paciente, excepto recién nacido	600.12	400.08	400.08	-	107.13
	11.245	36460	Transfusión fetal intrauterina	666.57	444.38	444.38	-	60.5
	11.246	36489	Colocación de catéter venoso central (p. ej. para presión venosa central, quimioterapia, otros)	974.03	649.35	649.35	-	54.75
	11.247	36510	Cateterismo de vena umbilical para diagnóstico o tratamiento en recién nacido	712.24	474.83	474.83	-	51.27
	11.248	36557	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente en menor de 5 años de edad, sin bomba de infusión o puerto subcutáneo	1256.30	837.53	837.53	-	426.45
	11.249	36555	Colocación de catéter venoso central tunelizado insertado centralmente que requiere 2 catéteres vía 2 sitios venosos de acceso separados sin bomba de infusión o puerto subcutáneo (p. ej. Catéter tipo Tesio)	1108.29	738.86	738.86	-	426.45
	11.250	36593	Embólisis de un catéter o dispositivo de acceso vascular implantado mediante un agente trombotico	5090.80	3393.87	3393.87	-	3,016.90



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.251	37184	Trombectomía mecánica transluminal percutánea primaria no coronaria de una arteria o de un injerto de derivación arterial. Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el procedimiento; vaso inicial	78914.46	52609.64	52609.64	-	51,119.51
	11.252	37185	Trombectomía mecánica transluminal percutánea primaria no coronaria de una arteria o de un injerto de derivación arterial. Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el procedimiento; segundo vaso y subsiguiente(s) dentro de la misma familia vascular (registrar separadamente además del código del procedimiento primario de trombectomía mecánica)	78914.46	52609.64	52609.64	-	51,119.51
	11.253	37186	Trombectomía mecánica transluminal percutánea secundaria no coronaria de una arteria o de un injerto de derivación arterial (p. ej. mecánica no primaria, canastilla de atrapamiento, técnica de succión). Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el procedimiento, proporcionado conjuntamente con otra intervención percutánea que sea distinta de la trombectomía mecánica primaria (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	78914.46	52609.64	52609.64	-	51,119.51
	11.254	37187	Trombectomía mecánica transluminal percutánea venosa(s). Incluye guía fluoroscópica e inyecciones de agentes trombolíticos durante el procedimiento	54334.34	36222.90	36222.90	-	34,732.76
	11.255	37617	Ligadura de arteria principal de abdomen (p. ej. ruptura postraumática)	2346.31	1564.20	1564.20	-	406.46
	11.256	38220	Aspiración de médula ósea	774.12	516.08	516.08	-	18.63
	11.257	38500	Biopsia o Escisión abierta de ganglio(s) linfático(s) superficial(es)	1093.69	729.13	729.13	-	24.28
	11.258	38505	Biopsia o Escisión de ganglio(s) linfático(s); mediante aguja, superficial (p. ej. Cervical, inguinal, axilar)	284.92	189.95	189.95	-	24.28
	11.259	42200	Palatoplastia para paladar hendido, paladar blando y/o duro solamente	2685.00	1790.00	1790.00	-	1,088.00
	11.260	43204	Esofagoscopia flexible con inyección de sustancia esclerosante en várices esofágicas	368.80	245.86	245.86	-	49.14
	11.261	43205	Esofagoscopia, flexible; con ligadura elástica de várices esofágicas	366.12	244.08	244.08	-	49.14
	11.262	43235	Esofagogastroduodenoscopia flexible con fines diagnósticos, incluyendo colección de muestra(s) mediante capilado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	368.00	245.34	245.34	211.00	55.53
	11.263	43239	Esofagogastroduodenoscopia flexible; con biopsia, única o múltiple	366.12	244.08	244.08	-	50.62
	11.264	43247	Esofagogastroduodenoscopia flexible; con extirpación de cuerpo extraño. Realizado con Videoscopia	325.61	217.07	217.07	-	105.77
	11.265	43260	Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER); diagnóstica, incluyendo recolección de especímenes mediante cepillado o lavado, cuando se realice (procedimiento separado)	1664.94	1109.96	1109.96	-	223.21
	11.266	43400	Ligadura directa de várices esofágicas	1564.45	1042.97	1042.97	-	79.21
	11.267	43460	Taponamiento esofagogástrico, con balón (tipo Sengstaaken)	2139.83	1426.56	1426.56	235.00	120.66
	11.268	43500	Gastrotomía; con exploración o extirpación de cuerpo extraño	3315.69	2210.46	2210.46	632.00	267.76
	11.269	43600	Biopsia de estómago por tubo o cápsula a través de la boca (uno o más especímenes)	249.46	166.30	166.30	-	21.43
	11.270		Gastrorrafia, sutura de úlcera duodenal o gástrica perforada, herida o lesión	3856.12	2570.75	2570.75	737.00	334.07
	11.271		Enterolisis, (liberación de adherencias intestinales) (procedimiento separado)	3158.82	2105.88	2105.88	708.00	228.39
	11.272		Reducción de vólvulo, intususcepción, hernia interna, mediante laparotomía	2298.24	1532.16	1532.16	-	378.03



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.273	44120	Resección y anastomosis del Intestino delgado	3404.51	2269.68	2269.68	982.00	239.26
	11.274	44130	Anastomosis del Intestino delgado	2592.13	1728.09	1728.09	626.00	239.26
	11.275	44140	Colecistomía parcial con anastomosis	3404.51	2269.68	2269.68	1,033	409.87
	11.276	44200	Enterólisis (liberación de adherencias intestinales) por laparoscopia	2150.61	1433.74	1433.74	-	313.11
	11.277	44215	Corrección de malrotación mediante lisis de bandas duodenales y/o reducción de vólvulo de Intestino medio por vía laparoscópica	2664.23	1776.15	1776.15	-	752.71
	11.278	44320	Colostomía	2214.75	1476.50	1476.50	688.00	647.87
	11.279	44388	Colonoscopia a través del estoma; diagnóstica, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	475.34	316.90	316.90	223.00	105.77
	11.280	44950	Apendicectomía	1294.89	863.26	863.26	570.00	142.47
	11.281	44951	Apendicectomía con drenaje	1732.65	1155.10	1155.10	-	345.78
	11.282	44970	Apendicectomía por laparoscopia	1504.72	1003.14	1003.14	-	345.03
	11.283	45300	Proctosigmoidoscopia diagnóstica rígida, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado (procedimiento separado)	372.27	248.18	248.18	92.00	48.81
	11.284	45358	Video Colonoscopia derecha	440.99	293.99	293.99	-	211.66
	11.285	45359	Video Colonoscopia izquierda	440.99	293.99	293.99	-	211.66
	11.286	47000	Biopsia hepática con aguja; percutánea	1057.35	704.90	704.90	-	91.1
	11.287	47010	Hepatotomía; para drenaje a cielo abierto de absceso o quiste, en uno o dos pasos	3370.71	2247.14	2247.14	830.00	370.1
	11.288	47011	Hepatotomía; para drenaje percutáneo de absceso o quiste	2883.28	1922.18	1922.18	281.00	287.06
	11.289	47100	Biopsia hepática, en cuña	854.89	569.93	569.93	-	285.13
	11.290	47562	Laparoscopia quirúrgica, colecistectomía	2309.85	1539.90	1539.90	-	387.61
	11.291	47600	Colecistectomía	2345.49	1563.66	1563.66	-	369.86
	11.292	47605	Colecistectomía con colangiografía	2345.16	1563.44	1563.44	-	374.08
	11.293	47610	Colecistectomía con exploración de conducto biliar común (coledoco)	3058.87	2039.25	2039.25	-	374.08
	11.294	49000	Laparotomía exploradora con o sin biopsia (s)	2313.39	1542.26	1542.26	744.00	268.08
	11.295	49006	Laparotomía + lavado de cavidad c/s drenaje	1912.69	1275.13	1275.13	-	626.53
	11.296	49021	Drenaje de absceso peritoneal, subfrénico o retroperitoneal, percutáneo	1375.94	917.30	917.30	228.00	221.1
	11.297	49082	Paracentesis abdominal (diagnóstica o terapéutica); sin orientación de imágenes	260.67	173.78	173.78	-	12.71
	11.298	49083	Paracentesis abdominal (diagnóstica o terapéutica); con orientación de imágenes	294.41	196.27	196.27	-	98.93
	11.299	49320	Laparoscopia diagnóstica, abdomen, peritoneo y epiplón, con o sin colección de muestras por cepillado o lavado (procedimiento separado)	1308.17	872.12	872.12	-	130.65
	11.300	51702	Insertión de catéter vesical temporal; simple (p. ej. Foley)	59.88	39.92	39.92	-	13.57
	11.301	52800	Uroretroscopia (procedimiento separado)	712.55	475.03	475.03	-	120.24



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.302	52601	Resección electroquirúrgica transuretral completa de la próstata, incluyendo control del sangrado postoperatorio, completo (incluye vasectomía, meatotomía, clistoureoscopia, calibración y/o dilatación uretral y uretrotomía interna)	1536.91	1024.60	1024.60	-	251.81
	11.303	53445	Colocación de esfínter inflable a nivel de uretra/cuello vesical, incluyendo colocación de bomba, reservorio y manguito	1572.65	1048.43	1048.43	-	633.62
	11.304	55250	Vasectomía, unilateral o bilateral (procedimiento separado), incluyendo examen(es) postoperatorio(s)	831.24	554.16	554.16	-	142.19
	11.305	55700	Biopsia de próstata; con aguja o en sacabocado; una sola o varias, cualquier abordaje	573.91	382.61	382.61	-	20.28
	11.306	55705	Biopsia de próstata; incisional, cualquier aproximación	732.50	488.34	488.34	-	240.82
	11.307	55706	Biopsias de próstata, por aguja, muestreo transperineal de saturación guiado por plantilla estereotáctica, incluyendo la guía de imágenes	944.62	629.74	629.74	-	240.82
	11.308	55801	Prostatectomía, perineal, subtotal (incluyendo control de sangrado postoperatorio, vasectomía, meatotomía, calibración uretral y/o dilatación, y meatotomía interna)	2485.82	1657.21	1657.21	-	1,090.26
	11.309	56440	Marsupialización de quiste de glándula de Bartholino	754.34	502.89	502.89	-	27.53
	11.310	57020	Colpocentesis (procedimiento separado)	578.17	385.45	385.45	-	138.78
	11.311	57210	Colpoperineorrafia, sutura de lesión de vagina y/o perineo	1038.45	692.30	692.30	280.00	126.95
	11.312	57260	Colporrafia anteroposterior combinada	1313.26	875.50	875.50	-	174.56
	11.313	57455	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con biopsia de cérvix	255.35	170.24	170.24	-	62.58
	11.314	57456	Colposcopia de Cérvix incluyendo la parte superior o adyacente de la vagina con curetaje endocervical	255.35	170.24	170.24	-	62.58
	11.315	57500	Biopsia, una sola o varias, ó Escisión local de lesión, con o sin fulguración (procedimiento separado)	125.25	83.50	83.50	-	39.98
	11.316	57510	Cauterización eléctrica o térmica del cérvix	121.12	80.75	80.75	-	43.19
	11.317	57511	Cauterización de cérvix con criocauterío, inicial o repetido	121.28	80.85	80.85	-	43.12
	11.318	57522	Conización del cérvix, con o sin fulguración, con o sin dilatación y legrado, con o sin corrección; usando asa diatérmica (LEEP)	786.36	524.24	524.24	-	170.7
	11.319	57700	Cerclaje de cérvix uterino, no obstétrico	891.72	594.48	594.48	-	172.63
	11.320	57720	Traqueorrafia, corrección plástica del cérvix uterino, abordaje vaginal	751.29	500.86	500.86	-	122.31
	11.321	58100	Toma de muestra endometrial (biopsia) con o sin toma de muestra endocervical (biopsia), sin dilatación cervical, cualquier método (procedimiento separado)	856.04	570.69	570.69	-	47.02
	11.322	58140	Miomectomía, Escisión de mioma(s) uterino(s), 1 a 4 mioma(s) intramurales con peso total de 250 gr o menos y/o remoción de miomas superficiales, abordaje abdominal	1858.68	1239.12	1239.12	-	358.11
	11.323	58150	Histerectomía total o subtotal (cuerpo y cuello), con o sin extirpación de trompa(s), con o sin extirpación de ovario(s)	2549.60	1699.73	1699.73	946.00	422.42
	11.324	58150.01	Histerectomía total (cuerpo y cuello), con extirpación de trompa(s), con extirpación de ovario(s)	2305.96	1537.31	1537.31	-	726.04
	11.325	58152	Histerectomía total o subtotal (cuerpo y cuello), con o sin extirpación de trompa(s), con o sin extirpación de ovario(s); con colporetrocistopexia (Ejemplo: Marshall-Marchetti-Krantz, Burch)	2570.23	1713.49	1713.49	-	726.04
	11.326	58267	Histerectomía vaginal de útero de 250 gramos o menor con colporetrocistopexia (tipo Marshall-Marchetti-Krantz, tipo Pereyra), con o sin control endoscópico	2896.76	1931.17	1931.17	-	726.04



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.327	58300	Inserción de dispositivo intrauterino (DIU)	99.89	66.59	66.59	-	3.8
	11.328	58301	Remoción de dispositivo intrauterino (DIU)	128.38	85.59	85.59	-	28.24
	11.329	58541	Laparoscopia quirúrgica; Histerectomía supracervical de útero de 250 gramos o menor	1855.29	1236.86	1236.86	-	726.04
	11.330	58545	Laparoscopia quirúrgica; miomectomía de 1 a 4 miomas intramurales con un peso total de 250 gramos o menos y/o miomas subserosos	1855.29	1236.86	1236.86	-	726.04
	11.331	58600	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, unilateral o bilateral	1029.69	686.46	686.46	-	169.41
	11.332	58605	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, abordaje abdominal o vaginal, postparto, unilateral o bilateral, durante la misma hospitalización (procedimiento separado)	1206.92	804.61	804.61	-	459.7
	11.333	58611	Ligadura o sección de trompa(s) de Falopio, cuando se realiza al mismo tiempo que la cesárea o cirugía abdominal (no como procedimiento separado) (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	526.78	351.18	351.18	-	77.17
	11.334	58999.01	Toma de muestra de Secreción Vaginal	64.34	42.90	42.90	-	17.56
	11.335	59000	Amniocentesis diagnóstica	139.36	92.91	92.91	-	14
	11.336	59012	Cordocentesis (intrauterina), cualquier método	74.71	49.81	49.81	-	3.05
	11.337	59020	Test estresante fetal por contracción	79.33	52.89	52.89	-	6.59
	11.338	59025	Test no estresante fetal. NST	79.33	52.89	52.89	-	2.88
	11.339	59050	Monitoreo fetal durante el trabajo de parto por parte de médico consultor (médico no encargado), con reporte escrito; supervisión e interpretación	68.35	45.57	45.57	-	9.19
	11.340	59070	Amnioinfusión transabdominal, incluyendo guía ultrasonográfica	73.51	49.01	49.01	-	3.05
	11.341	59100	Histerotomía, abdominal (p. ej. mola hidatiforme, óbito)	1536.59	1024.39	1024.39	-	257.17
	11.342	59120	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; tubárico u ovárico, que requiere salpingectomía y/u ooforectomía a través de abordaje abdominal o vaginal	1732.11	1154.74	1154.74	-	283.68
	11.343	59121	Tratamiento quirúrgico del embarazo ectópico; tubárico u ovárico, sin salpingectomía y/u ooforectomía	1732.11	1154.74	1154.74	-	643.39
	11.344	59150	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; sin salpingectomía y/u ooforectomía	2734.84	1823.23	1823.23	-	1,088.00
	11.345	59151	Tratamiento laparoscópico de embarazo ectópico; con salpingectomía y/o ooforectomía	1944.65	1296.43	1296.43	-	304.6
	11.346	59160	Legrado postparto	669.92	446.61	446.61	-	73.66
	11.347	59350	Histerorrafia de útero roto	1556.79	1037.86	1037.86	-	259.72
	11.348	59401	Atención Prenatal	95.88	63.92	63.92	-	4.59
	11.349	59401.01	Atención Prenatal (primera atención)	74.56	49.71	49.71	-	5.98
	11.350	59401.02	Atención Prenatal (atenciones posteriores)	62.51	41.68	41.68	-	4.03
	11.351	59401.03	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13 semanas)	28.38	18.92	18.92	-	5.27
	11.352	59401.04	Suplementación de Sulfato ferroso (a partir de las 14 semanas)	29.14	19.43	19.43	-	5.78
	11.353		Suplementación de calcio	31.31	20.87	20.87	-	7.22
	11.354		Plan de parto	33.97	22.65	22.65	-	4.84



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.355	59409	Atención de parto vaginal solamente (con o sin episiotomía)	748.13	498.75	498.75	285.00	44.02
	11.356	59409.01	Atención de parto vaginal vertical	748.13	498.75	498.75	-	122.46
	11.357	59410	Atención de parto vaginal (unicamente) (con o sin episiotomía), incluyendo atención postparto	844.06	562.70	562.70	499.00	123.37
	11.358	59414	Extracción de placenta (procedimiento separado)	288.64	192.43	192.43	100.00	29.28
	11.359	59430	Atención postparto solamente (procedimiento separado). Atención de Puerperio	133.20	88.80	88.80	132.00	28.71
	11.360	59514	Cesárea solamente	1570.84	1047.23	1047.23	399.00	224.79
	11.361	59515	Cesárea, incluyendo atención postparto	1723.25	1148.84	1148.84	570.00	391.72
	11.362	59812	Tratamiento de aborto incompleto, completado quirúrgicamente	1077.97	718.65	718.65	201.00	74.65
	11.363	59813	Aspiración manual endouterina (AMEU)	256.89	171.26	171.26	-	23.64
	11.364	59870	Evacuación uterina y curetaje por Mola Hidatiforme	573.15	382.10	382.10	-	130.34
	11.365	59899.01	Reposición del útero por reducción manual	1030.94	687.29	687.29	-	29.21
	11.366	60100	Biopsia de tiroides, aguja percutánea	136.50	91.00	91.00	-	19.72
	11.367	61020	Punción ventricular a través de agujero de trépano previo, fontanela, sutura o catéter/reservorio implantado en ventrículo. No incluye inyección	1477.78	985.19	985.19	118.00	120.96
	11.368	61021	Punción Ventricular para drenaje ventricular externo (toma de muestra LCR)	323.70	215.80	215.80	-	120.91
	11.369	61107	Trepanación(es) helicoidal(es) para punción subdural, intracerebral o ventricular, para implantación de catéter ventricular, dispositivo de registro de presión u otro dispositivo de monitoreo intracerebral	6919.09	4612.73	4612.73	-	126.2
	11.370	61304	Craneotomía o craneotomía exploratoria supratentorial	6144.30	4096.20	4096.20	0.00	381.86
	11.371	61305	Craniectomía o craneotomía, exploratoria, infratentorial (fosa posterior)	6144.30	4096.20	4096.20	-	381.86
	11.372	61310	Evacuación de hematomas epidurales	6509.99	4339.99	4339.99	-	3,014.91
	11.373	61312	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma supratentorial, extradural o subdural	6509.99	4339.99	4339.99	1,292	386.83
	11.374	61313	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma supratentorial; intracerebral	6509.99	4339.99	4339.99	-	3,014.91
	11.375	61314	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial; extradural o subdural	6509.99	4339.99	4339.99	1,137	386.83
	11.376	61315	Craniectomía o craneotomía para evacuación de hematoma infratentorial; intracerebral	6509.99	4339.99	4339.99	-	386.83
	11.377	61322	Craniectomía o craneotomía, descompresiva, con o sin duraplastia, para tratamiento de hipertensión intracraneal, sin evacuación de hematoma intraparenquimal asociado; sin lobectomía	7058.53	4705.69	4705.69	-	3,014.91
	11.378	61323	Craniectomía o craneotomía, descompresiva, con o sin duraplastia, para tratamiento de hipertensión intracraneal, sin evacuación de hematoma intraparenquimal asociado; con lobectomía	7058.53	4705.69	4705.69	-	3,014.91
	11.379	61623	Oclusión arterial con balón endovascular en cabeza o cuello (extracraneal/intracraneal) incluyendo la cateterización selectiva del vaso que se ocluirá, con colocación e insuflación del balón, monitoreo neurológico concomitante, y supervisión radiológica e interpretación del examen angiográfico requerido para la oclusión con balón y para excluir injuria vascular post oclusión	13234.48	8822.99	8822.99	-	7,632.92



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.380	61624	Oclusión permanente transcáteter o embolización por vía percutánea (p. ej. para destrucción de tumor, para conseguir hemostasia, para ocluir a malformación vascular) por cualquier método dentro del sistema nervioso central (intracraneal, medula espinal)	30943.02	20628.68	20628.68	1,134	98.06
	11.381	61626	Oclusión transcáteter permanente o embolización por vía percutánea (p. ej. para destrucción de tumor, para conseguir hemostasia, para ocluir a malformación vascular) por cualquier método, fuera del sistema nervioso central, en la cabeza o cuello (extracraneal, rama braquiocéfálica)	26549.55	17033.03	17033.03	-	16,842.97
	11.382	61640	Dilatación con balón de vaso espasmo intracraneal, percutáneo, primer vaso sanguíneo	3414.77	2276.51	2276.51	-	1,088.00
	11.383	61641	Dilatación con balón de vaso espasmo intracraneal percutáneo, cada vaso sanguíneo adicional de una misma familia vascular (registrar por separado adicionalmente al procedimiento primario)	3414.77	2276.51	2276.51	-	1,088.00
	11.384	61642	Dilatación con balón de vaso espasmo intracraneal, percutáneo, cada vaso sanguíneo adicional de una familia vascular diferente (registrar por separado adicionalmente al procedimiento primario)	3414.77	2276.51	2276.51	-	1,088.00
	11.385	61680	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; supratentorial, simple	6311.50	4207.67	4207.67	-	423.42
	11.386	61682	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; supratentorial, compleja	7298.03	4865.35	4865.35	-	2,676.57
	11.387	61684	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; infratentorial, simple	6311.50	4207.67	4207.67	-	2,676.57
	11.388	61686	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; infratentorial, compleja	7298.03	4865.35	4865.35	-	2,676.57
	11.389	61690	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; en la duramadre, simple	5818.24	3878.82	3878.82	-	2,676.57
	11.390	61692	Cirugía de malformación arteriovenosa intracraneal; en la duramadre, compleja	7298.03	4865.35	4865.35	-	2,676.57
	11.391	61697	Cirugía de aneurisma arteriovenoso intracraneal, abordaje intracraneal; circulación carotídea	6487.38	4324.92	4324.92	-	2,676.57
	11.392	61698	Cirugía de aneurisma arteriovenoso intracraneal, abordaje intracraneal; circulación vertebrobasilar	6487.38	4324.92	4324.92	-	2,676.57
	11.393	61700	Cirugía de aneurisma intracraneal simple, abordaje intracraneal; dependiente de circulación carotídea	6487.38	4324.92	4324.92	-	430.8
	11.394	61702	Cirugía de aneurisma intracraneal simple, abordaje intracraneal; dependiente de circulación vertebrobasilar	6487.38	4324.92	4324.92	-	2,676.57
	11.395	61703	Cirugía de aneurisma intracraneal, abordaje cervical mediante aplicación de un clip oclusivo a la arteria carótida cervical (tipo Selverstone-Crutchfield)	6487.38	4324.92	4324.92	-	434.49
	11.396	61705	Cirugía de malformación vascular o fistula carótida-cavemosa; mediante oclusión intracraneal y cervical de la arteria carótida	6311.50	4207.67	4207.67	-	434.49
	11.397	61708	Cirugía de malformación vascular o fistula carótida-cavemosa; mediante electrotrombosis intracraneal	6311.50	4207.67	4207.67	-	2,676.57
	11.398	61709	Clipaje de aneurisma cerebral único	6439.09	4292.73	4292.73	-	2,676.57
	11.399	61709.01	Clipaje de aneurisma cerebral múltiple	6439.09	4292.73	4292.73	-	2,676.57
	11.400	61710	Cirugía de malformación vascular o fistula carótida-cavemosa; mediante embolización intraarterial, inyección, o catéter de balón	6311.50	4207.67	4207.67	-	364.86
	11.401	61711	Anastomosis arterial, arterias extracraneal intracraneal (p. ej. cerebral media/cortical)	6311.50	4207.67	4207.67	-	423.42
	11.402	61712	Resección de cavernoma de tronco cerebral	6311.50	4207.67	4207.67	-	2,676.57
	11.403	61713	Resección de cavernoma hemisférico	6311.50	4207.67	4207.67	-	2,676.57



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.404	61750	Biopsia, aspiración o Escisión por estereotaxia para lesiones intracraneales, incluye los agujeros de trepanación	16978.63	11319.09	11319.09	-	234.13
	11.405	61751	Biopsia, aspiración o Escisión por estereotaxia para lesiones intracraneales, incluye los agujeros de trepanación; con guía mediante tomografía o resonancia magnética	17333.29	11555.53	11555.53	-	10,603.10
	11.406	62192	Creación de derivación subaracnoideo/subdural-peritoneal, -pleural, otros destinos	9589.21	6392.81	6392.81	-	376.9
	11.407	62201	Ventriculocisternostomía tecar ventrículo; método neuroendoscópico estereotáctico	3643.64	2429.09	2429.09	-	1,546.78
	11.408	62270	Punción lumbar, diagnóstica o terapéutica	117.85	78.57	78.57	84.00	4.37
	11.409	62287	Procedimiento de descompresión, percutánea de núcleo pulposo de disco intervertebral, cualquier método, empleando técnica con uso de aguja para retirar el material discal, bajo guía fluoroscópica u otra forma de visualización indirecta, con el uso de un endoscopio, con discografía y/o inyección(es) epidural(es) en los nive(es) tratado(s), cuando se realice, uno o varios niveles, lumbar	2395.85	1597.23	1597.23	460.00	378.85
	11.410	63031	Laminectomía con discectomía	3957.97	2638.64	2638.64	-	430.76
	11.411	65850	Trabeculotomía ab externo	1393.32	928.88	928.88	-	105.27
	11.412	65855	Trabeculoplastia mediante cirugía láser, una o más sesiones (serie de tratamiento definida)	1465.27	976.86	976.86	-	111.87
	11.413	66170	Fistulización de esclerótica por glaucoma; trabeculotomía ab externo en ausencia de cirugía previa	1762.90	1175.27	1175.27	-	671.58
	11.414	66180	Derivación de humor acuoso a un reservorio extra ocular (p. ej. Molteno, Schocket, Denver-Krupin)	4052.46	2701.84	2701.84	-	384.42
	11.415	66711	Destrucción del cuerpo ciliar mediante ciclofotocoagulación transendoscópica	1575.67	1050.45	1050.45	-	642.27
	11.416	66720	Destrucción del cuerpo ciliar mediante crioterapia	1533.47	1022.31	1022.31	-	613.58
	11.417	66761	Iridotomía/ iridectomía mediante cirugía láser (p. ej. para glaucoma) (por sesión)	996.56	664.37	664.37	-	211.85
	11.418	66762	Iridoplastia mediante fotocoagulación (una o más sesiones) (p. ej. Para mejorar la visión, para ensanchamiento del ángulo de la cámara anterior)	1041.38	694.26	694.26	-	205.08
	11.419	66850	Extracción de cristalino mediante técnica de facofragmentación (mecánica o ultrasónica) (p. ej. facoemulsificación) con aspiración	2265.85	1510.56	1510.56	585.00	381.47
	11.420	66982.01	Cuidados posteriores a la cirugía (Catarata)	147.00	98.00	98.00	-	67.14
	11.421	66984	Extracción extracapsular de catarata con implante de lente intraocular (en una sola etapa) con técnica manual o mecánica (p. ej. Irrigación y aspiración o facoemulsificación)	1473.13	982.09	982.09	531.00	390.45
	11.422	66993	MININUC con implante de Lente Intra Ocular (LIO)	1264.37	842.91	842.91	-	477.7
	11.423	67043	Vitrectomía, mecánica, vía pars plana; con retiro de membrana subretinal (p. ej. Neovascularización coroidal), incluye, si se realiza, taponamiento intraocular (p. ej. Aire, gas o aceite de silicona) y fotocoagulación láser	4995.01	3330.00	3330.00	-	2,426.84
	11.424	67800	Escisión de chalazión único	238.21	158.80	158.80	-	58.95
	11.425	70250	Examen radiológico, cráneo; menos de 4 incidencias	88.58	59.05	59.05	29.00	27.92
	11.426	70260	Examen radiológico, cráneo; completa, mínimo de 4 incidencias	100.97	67.31	67.31	39.00	38.14
	11.427	70270	Examen radiológico, dientes; completo, toda la boca	83.03	55.35	55.35	25.00	16.6
	11.428	70360	Examen radiológico de tejido blando de cuello	79.97	53.31	53.31	19.00	16.6



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.429	70391	Arteriografía cerebral bilateral (***). Panangiografía	2510.51	1673.67	1673.67	-	346.66
	11.430	70450	Tomografía axial computarizada de cerebro; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	156.57
	11.431	70450.01	Tomografía axial computarizada de cabeza y cuello; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	-	165.93
	11.432	70460	Tomografía axial computarizada, cabeza o cerebro; con materiales de contraste	736.81	491.21	491.21	-	253.74
	11.433	70470.01	Tomografía de perfusión cerebral	736.77	491.18	491.18	-	174.25
	11.434	70480.01	Tomografía computarizada de senos paranasales sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	-	171.48
	11.435	70496	Angiografía por tomografía computarizada de cabeza y/o cuello, con contraste(s), incluyendo imágenes no contrastadas, si se toman, y post procesamiento de imágenes	1004.28	669.52	669.52	-	374.32
	11.436	70544	Angiografía por resonancia magnética de cabeza sin contraste	622.40	414.93	414.93	-	349.7
	11.437	70545	Angiografía por resonancia magnética de cabeza con contraste	1266.56	844.37	844.37	-	-
	11.438	70551	Resonancia magnética de cerebro (incluyendo tallo cerebral) sin contraste	574.14	382.76	382.76	-	274.27
	11.439	70552	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), cerebro (incluyendo el tallo cerebral); con materiales de contraste	1132.31	754.87	754.87	-	316.68
	11.440	70553	Resonancia magnética de cerebro (incluyendo tallo cerebral); sin material de contraste, seguido de material(es) de contraste y secciones adicionales	1132.31	754.87	754.87	-	396.18
	11.441	71020	Examen radiológico de tórax, 2 incidencias, frontal y lateral	86.97	57.98	57.98	30.00	24.11
	11.442	71030	Examen radiológico, tórax, completo, mínimo de cuatro vistas	100.97	67.31	67.31	42.00	26.32
	11.443	71035	Examen radiológico de tórax, incidencias adicionales (p. ej. decúbito lateral)	79.97	53.31	53.31	25.00	16.6
	11.444	71250	Tomografía computarizada de tórax; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	160
	11.445	71260	Tomografía axial computarizada, tórax; con materiales de contraste	736.81	491.21	491.21	-	174.25
	11.446	72010	Examen radiológico de columna vertebral completa, estudio de exploración, ánteroposterior y lateral	93.97	62.65	62.65	0.00	29.91
	11.447	72040	Examen radiológico de columna vertebral cervical; 2 o 3 incidencias	93.97	62.65	62.65	30.00	29.49
	11.448	72050	Examen radiológico de columna vertebral cervical; 4 o 5 incidencias	100.97	67.31	67.31	42.00	41.24
	11.449	72080	Examen radiológico, columna vertebral; toracolumbar, 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	30.00	24
	11.450	72082	Examen radiológico de columna dorsolumbar, 4 incidencias	100.97	67.31	67.31	-	26.32
	11.451	72090	Examen radiológico, columna vertebral; estudio de escoliosis, incluyendo estudios en posición supina y erguida	104.03	69.35	69.35	38.00	26.32
	11.452	72100	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacra; 2 o 3 incidencias	93.97	62.65	62.65	30.00	29.49
	11.453	72120	Examen radiológico, columna vertebral lumbosacral, incidencias funcionales, vistas en posición doblada solamente, 2 o 3 incidencias	93.97	62.65	62.65	30.00	28.52
	11.454	72125	Tomografía axial computarizada, columna vertebral cervical; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	166.03
	11.455	72126	Tomografía axial computarizada, columna vertebral cervical; con material de contraste	736.81	491.21	491.21	-	320.02
	11.456	72128	Tomografía axial computarizada, columna vertebral torácica; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	166.03
	11.457	72130	Tomografía axial computarizada, columna vertebral torácica; con material de contraste	736.81	491.21	491.21	-	306.05
	11.458	72133	Tomografía axial computarizada, columna vertebral lumbar; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	27.66



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.459	72131.01	Tornografía computarizada, columna vertebral lumbar - sacro coxis; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	-	166.03
11.460	72132.01	Tornografía computarizada, columna vertebral lumbar - sacro coxis; con material de contraste	736.81	491.21	491.21	-	306.05
11.461	72141	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, cervical; sin material de contraste	574.14	382.76	382.76	-	274.27
11.462	72146	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, torácica; sin material de contraste	574.14	382.76	382.76	-	274.27
11.463	72148	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, lumbar; sin material de contraste	574.14	382.76	382.76	-	274.27
11.464	72156	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, sin material de contraste seguidas de materiales de contraste y secuencias adicionales.; cervical	1132.31	754.87	754.87	-	396.18
11.465	72157	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, sin material de contraste seguidas de materiales de contraste y secuencias adicionales.; torácica	1132.31	754.87	754.87	-	396.18
11.466	72158	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), canal espinal y su contenido, sin material de contraste seguidas de materiales de contraste y secuencias adicionales.; lumbar	1132.31	754.87	754.87	-	396.18
11.467	72190	Examen radiológico, pelvis; completo, mínimo de tres vistas	93.97	62.65	62.65	29.00	27.15
11.468	72192	Tornografía axial computarizada, pelvis; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	166.03
11.469	72193	Tornografía axial computarizada, pelvis; con materiales de contraste	736.81	491.21	491.21	-	174.25
11.470	73020	Examen radiológico de hombro; 1 incidencia	79.97	53.31	53.31	21.00	16.6
11.471	73030	Examen radiológico, hombro; completo, mínimo de dos vistas	86.97	57.98	57.98	25.00	23.42
11.472	73060	Examen radiológico de húmero, mínimo de 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	23.00	22.34
11.473	73070	Examen radiológico de codo; 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	21.00	20.1
11.474	73080	Examen radiológico, codo; completo, mínimo de tres vistas	93.97	62.65	62.65	23.00	22.52
11.475	73090	Examen radiológico de antebrazo cada lado, 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	22.00	21.18
11.476	73110	Examen radiológico, muñeca; completo, mínimo de tres vistas	93.97	62.65	62.65	23.00	-
11.477	73120	Examen radiológico, mano; dos incidencias	86.97	57.98	57.98	22.00	21.18
11.478	73130	Examen radiológico, mano; mínimo de tres incidencias	93.97	62.65	62.65	23.00	22.52
11.479	73200	Tornografía axial computarizada, extremidad superior; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	160
11.480	73220	Imágenes por resonancia magnética (p. ej. de protones), extremidad superior, excepto articulaciones sin materiales de contraste seguido por materiales de contraste y secuencias subsiguientes	1132.31	754.87	754.87	-	396.18
11.481	73510	Examen radiológico, cadera, unilateral; completo, mínimo de dos vistas	86.97	57.98	57.98	29.00	24.11
11.482	73511	Ultrasonido oftálmico, ecografía, diagnóstico	102.98	68.65	68.65	-	22.96
11.483	73525	Examen radiológico, artrografía de cadera, supervisión radiológica e interpretación	413.71	275.81	275.81	809.00	45.89
11.484	73550	Examen radiológico de fémur, 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	23.00	22.34
11.485	73560	Examen radiológico de rodilla, 1 o 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	23.00	-
11.486	73565	Examen radiológico de rodilla, 3 incidencias	93.97	62.65	62.65	25.00	-
11.487	73569	Examen radiológico, tibia y peroné, 2 vistas	86.97	57.98	57.98	23.00	22.34





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.488	73600	Examen radiológico, tobillo; 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	22.00	21 18
11.489	73620	Examen radiológico, pie; 2 incidencias	86.97	57.98	57.98	22.00	21 18
11.490	73630	Examen radiológico, pie; completo, mínimo de tres vistas	93.97	62.65	62.65	23.00	22 52
11.491	73700	Tomografía axial computarizada, extremidad inferior; sin material de contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	160
11.492	74000	Examen radiológico de abdomen, incidencia anteroposterior	86.97	57.98	57.98	24.00	18 12
11.493	74020	Examen radiológico de abdomen, completo, incluyendo incidencias de pie y/o de decúbito	86.97	57.98	57.98	40.00	24 11
11.494	74150	Tomografía computarizada de abdomen sin contraste	444.07	296.05	296.05	0.00	162.94
11.495	74160	Tomografía computarizada de abdomen; con materiales de contraste	736.81	491.21	491.21	-	174.25
11.496	74170.01	Tomografía dinámica de hígado - páncreas	736.81	491.21	491.21	-	174.25
11.497	74176.01	Urotomografía, sin contraste	444.10	296.07	296.07	-	-
11.498	74177.01	Urotomografía, con contraste	736.81	491.21	491.21	-	-
11.499	74280	Examen radiológico, colon; contraste de aire con baño específico de alta densidad, con o sin glucagón	410.70	273.80	273.80	113.00	71 97
11.500	74400	Urografía (pielografía), intravenosa, con sin visualización de riñones, uréteres y vejiga, con o sin tomografía	466.52	311.01	311.01	101.00	37 66
11.501	75650	Angiografía cervicocerebral mediante catéter, incluyendo origen del vaso	4093.41	2728.94	2728.94	1,617	1,786.13
11.502	75705	Angiografía espinal selectiva, supervisión e interpretación radiológica	3089.22	2059.48	2059.48	2,696	91.3
11.503	75894	Embolización terapéutica transcáteter, por cualquier método, supervisión e interpretación radiológica, Ejemplo: Abdominal, bronquial, de extremidades, etc	9385.82	6257.22	6257.22	3,235	91.3
11.504	75894.02	Embolización terapéutica transcáteter Bronquial - Torácica, por cualquier método, supervisión e interpretación radiológica - Terapéutica	9429.56	6286.37	6286.37	-	5,118.52
11.505	76040	Estudios de longitud de huesos (ortoroentgenograma, estudio de barrido "scanogram")	79.97	53.31	53.31	-	38.94
11.506	76390	Espectroscopia por resonancia magnética	444.35	296.23	296.23	-	270.69
11.507	76391	Difusión por Resonancia Magnética	444.35	296.23	296.23	-	30
11.508	76392	Perfusión por Resonancia Magnética	992.28	661.52	661.52	-	395.18
11.509	76393	Tractografía por Resonancia Magnética	444.35	296.23	296.23	-	30
11.510	76506	Ecoencefalografía, tiempo real con documentación de imágenes (escala de grises) (para determinación de tamaño ventricular, delineamiento de contenido cerebral y detección de masas fluidas u otras anomalías intracraneales), incluyendo ecoencefalografía en modo A, como componente secundario cuando esté indicado	104.15	69.43	69.43	-	17.04
11.511	76513	Ecografía oftálmica diagnóstica; segmento anterior con ecografía bidimensional modo B de inmersión (baño de agua) o biomicroscopia de alta resolución (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	104.15	69.43	69.43	35.00	12 78
11.512	76536	Ecografía de partes blandas de cabeza y cuello (Ejemplo: tiroides, paratiroides, parótida), tiempo real con documentación de la imagen	104.15	69.43	69.43	-	17 04
11.513	76536.03	Ecografía de región cervical	92.42	61.62	61.62	-	12 78
11.514	76536.03	Ecografía de tiroides	92.42	61.62	61.62	-	12 78



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.515	76604	Ecografía de tórax (Incluyendo mediastino), tiempo real con documentación de imagen	92.42	61.62	61.62	29.00	15.52
11.516	76604.02	Ecografía de Hombro	104.15	69.43	69.43	-	12.78
11.517	76645	Ecografía de mama(s) (unilateral o bilateral), tiempo real con documentación de imagen	80.70	53.80	53.80	29.00	17.04
11.518	76700	Ecografía abdominal completa, tiempo real con documentación de imagen	100.26	66.84	66.84	43.00	17.04
11.519	76705	Ecografía abdominal, tiempo real con documentación de imagen; Ilimitada (Ejemplo: un solo órgano, cuadrante, seguimiento)	92.42	61.62	61.62	31.00	15.52
11.520	76706	Ecografía abdominal regional (por cuadrantes)	92.42	61.62	61.62	-	12.78
11.521	76770	Ecografía retroperitoneal (renal, aorta, ganglios), en tiempo real con imágenes documentadas, completa	105.71	70.48	70.48	39.00	13.83
11.522	76770.01	Ecografía Renal	104.15	69.43	69.43	-	18.56
11.523	76801	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, 1er trimestre (<14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera	92.42	61.62	61.62	-	12.78
11.524	76802	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, 1er trimestre (<14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; cada gestación adicional (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	92.42	61.62	61.62	-	12.78
11.525	76805	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> o = a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; gestación única o primera	92.42	61.62	61.62	52.00	17.04
11.526	76810	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> o = a 14 semanas 0 días), abordaje transabdominal; cada gestación adicional (registrar separadamente además del código para el procedimiento primario)	92.42	61.62	61.62	104.00	12.78
11.527	76811	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de la imagen, evaluación fetal y materna más examen anatómico fetal detallado, abordaje transabdominal; gestación única o primera	92.42	61.62	61.62	-	17.04
11.528	76813	Ultrasonido útero grávido, en tiempo real con imagen, medición de la translucencia de nuca en primer trimestre fetal, abordaje transabdominal o transvaginal; gestación única o primera gestación	92.42	61.62	61.62	-	12.78
11.529	76814	Ultrasonido útero grávido, en tiempo real con imagen, medición de la translucencia de nuca en primer trimestre fetal, abordaje transabdominal o transvaginal; cada gestación adicional (Listar por separado, además del código de procedimiento primario)	92.42	61.62	61.62	-	12.78
11.530	76815	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, limitado (Ejemplo: frecuencia cardíaca fetal, ubicación de placenta, posición fetal y/o volumen de líquido amniótico cualitativo), 1 o más fetos	92.42	61.62	61.62	34.00	12.78
11.531	76816	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, seguimiento (Ejemplo: reevaluación de tamaño fetal por medición de parámetros de crecimiento estándares y volumen de líquido amniótico, reevaluación de sistema(s) orgánico(s) que están bajo sospecha o con confirmación de anomalía en examen previo), abordaje transabdominal, por feto	92.42	61.62	61.62	30.00	17.04



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.532	76817	Ecografía, útero grávido, tiempo real con documentación de imágenes, vía transvaginal	115.88	77.25	77.25	-	18.56
	11.533	76818	Perfil biofísico fetal, con test no estresante	158.37	105.58	105.58	-	18.56
	11.534	76819	Perfil biofísico fetal, sin test no estresante	104.15	69.43	69.43	-	17.04
	11.535	76821	Velocimetría Doppler, fetal, arteria cerebral media	127.61	85.07	85.07	-	12.78
	11.536	76827	Ecocardiografía Doppler, fetal, con ondas de pulso y/o ondas continuas con registro de espectro; completo	104.15	69.43	69.43	-	12.78
	11.537	76830	Ecografía transvaginal	117.79	78.53	78.53	-	16.56
	11.538	76856	Ecografía pélvica (no obstétrica), tiempo real con documentación de imágenes; completa	92.42	61.62	61.62	36.00	15.52
	11.539	76870	Ecografía, escroto y contenido	115.88	77.25	77.25	34.00	15.52
	11.540	76872	Ecografía transrectal	115.88	77.25	77.25	36.00	15.52
	11.541	76880	Ecografía no vascular de extremidades por rastreo B y/o en tiempo real	104.15	69.43	69.43	-	15.52
	11.542	76880.01	Ecografía de codo	104.15	69.43	69.43	-	12.78
	11.543	76880.02	Ecografía de muñeca	104.15	69.43	69.43	-	12.78
	11.544	76880.03	Ecografía de rodilla	104.15	69.43	69.43	-	12.78
	11.545	76880.04	Ecografía de tobillo	104.15	69.43	69.43	-	12.78
	11.546	76880.05	Ecografía muscular de región específica	104.15	69.43	69.43	-	12.78
	11.547	76885	Ecografía, caderas de lactante, imágenes en tiempo real con documentación de imágenes; dinámica (que requiere manipulación médica o de otro profesional calificado)	127.61	85.07	85.07	-	17.04
	11.548	76942	Guía ultrasonográfica para colocación de aguja (p.ej.: biopsia, aspiración, inyección, dispositivo de localización), supervisión e interpretación de imágenes	325.85	217.23	217.23	-	19.07
	11.549	76981	Elastografía, parénquima (p.ej., órgano)	229.00	152.66	152.66	-	27.15
	11.550	77056	Mamografía, bilateral	212.24	141.49	141.49	-	42.18
	11.551	77057	Mamografía de tamizaje, bilateral (2 imágenes de cada seno)	212.24	141.49	141.49	-	38.41
	11.552	77072	Estudios de edad ósea	79.97	53.31	53.31	-	18.21
	11.553	77080.01	Estudio de densidad ósea por absorciometría de Rayos X de doble energía (dxa), de esqueleto axial (p. ej. cadera, pelvis)	141.65	94.44	94.44	-	21.44
	11.554	77080.02	Estudio de densidad ósea por absorciometría de Rayos X de doble energía (dxa), de esqueleto apendicular (p. ej. radio, muñeca)	107.69	71.79	71.79	-	21.44
	11.555	77082	Absorciometría dual de rayos-X (DXA), estudio de densidad ósea, uno o más sitios; evaluación de las fracturas vertebrales	124.05	82.70	82.70	-	21.44
	11.556	78006	Imágenes del tiroides	354.66	236.44	236.44	-	211.96
	11.557	78031	Gammagrafía de Tiroides y captación con TEC99M	340.25	226.84	226.84	-	211.96
	11.558		Densitometría ósea (contenido mineral óseo), en uno o más lugares, absorciometría con doble fotón	137.46	91.64	91.64	-	21.44
	11.559	78363	Gammagrafía ósea trifásica	816.98	544.65	544.65	-	242.21



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.560	78584	Gammagrafia de perfusión pulmonar, partículas, con ventilación, inhalación única	706.48	470.99	470.99	-	201.87
	11.561	78607	Imagen de cerebro, tomográfica (SPECT)	987.07	658.04	658.04	-	222.04
	11.562	79000	Terapia radiofarmacéutica inicial para hipertiroidismo	379.32	252.88	252.88	-	136.76
	11.563	79001	Terapia radiofarmacéutica subsecuente para hipertiroidismo, cada terapia adicional	371.24	247.50	247.50	-	136.76
	11.564	79020	Terapia radiofarmacéutica, supresión de tiroides	379.32	252.88	252.88	-	136.76
	11.565	80051	Perfil de electrolito, este perfil deberá incluir los siguientes: clóxico de carbono (82374), cloruro (82436), potasio (84132) y sodio (84295)	32.66	21.77	21.77	-	7.45
	11.566	80058	Perfil de hepatitis: Antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb), Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis	106.43	70.95	70.95	-	12.84
	11.567	80061	Perfil lipídico, este perfil debe incluir lo siguiente: colesterol, suero total (82465), medición directa de lipoproteína, colesterol de alta densidad (HDL) (83718) y triglicéridos (84478)	49.08	32.72	32.72	-	13.46
	11.568	80063	Perfil de coagulación básico (denominación adaptada, sin CPT estándar de referencia)	60.98	40.65	40.65	-	15.89
	11.569	80076	Perfil de la función hepática, este perfil debe incluir lo siguiente: albúmina (82040), total de bilirrubina (82247), bilirrubina directa (82248), alcalina fosfatasa (84075), proteínas totales (84155), alanino amino transferasa (ALT) (SGPT) (84460), aspartato aminotransferasa (AST) (SGOT) (84460)	55.93	37.29	37.29	-	13.9
	11.570	80077	Estudio histoquímico de líquido pleural (denominación adaptada, sin CPT estándar de referencia)	74.30	49.54	49.54	-	14.57
	11.571	80090	Exámen de anticuerpos TORCH. Esta batería debe incluir las siguientes pruebas: Anticuerpo contra el citomegalovirus (CMV) (86344); Anticuerpo contra el herpes simple tipo de prueba no específica (86694); Anticuerpo contra la rubéola (86762); Anticuerpo contra el toxoplasma (86777)	149.45	99.63	99.63	-	38.32
	11.572	80091	Perfil de tiroides; Esta batería debe incluir las siguientes pruebas: Tiroxina total (84436); Captación de las hormonas tiroideas (T3 o T4) o proporción de captación de hormona tiroidea (THBR) (84479)	125.67	83.78	83.78	-	62.77
	11.573	80095	Perfil de donante de sangre (grupo sanguíneo, hematocrito, VIH I-II, HBsAg, VHC, Sífilis, Chagas, HTLV I-II y anticore HB)	217.67	145.12	145.12	-	16.64
	11.574	80095.01	Detección de anticuerpos para HTLV I - II	43.31	28.87	28.87	-	13.47
	11.575	80099	Tamizaje neonatal: (Hipotiroidismo congénito, Hiperplasia suprarrenal, Fenilcetonuria, Fibrosis quística)	149.44	99.63	99.63	-	49.55
	11.576	80100	Tamizaje para drogas, cualitativo; método cromatográfico de múltiples clases de drogas, cada procedimiento	160.47	106.98	106.98	48.00	6.6
	11.577	80154	Dosaje de Benzodiazepinas	30.12	20.08	20.08	52.00	8.97
	11.578	80156	Dosaje de Carbamazepina total	59.44	39.63	39.63	35.00	12.88
	11.579	80164	Dosaje de Acido valproico	60.05	40.03	40.03	35.00	9.38
	11.580	80178	Dosaje de Litio	33.22	22.15	22.15	29.00	5.99
	11.581	80185	Dosaje de Fenitoina total	62.60	41.74	41.74	35.00	13.39





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.582	81000		Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, con microscopía	16.49	11.00	11.00	9.00	1.92
11.583	81000.02		Análisis de orina por tira de análisis/reactivo, para bacteriuria asintomática	16.31	10.87	10.87	-	6.46
11.584	81001		Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; automatizado, con microscopía	23.05	15.37	15.37	8.00	1.92
11.585	81002		Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, sin microscopía	9.52	6.34	6.34	8.00	2.8
11.586	81003		Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrato, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; automatizado, sin microscopía	23.05	15.37	15.37	8.00	8.08
11.587	81005		Análisis de orina, cualitativo o semicuantitativo, excepto inmunológicos	19.23	12.82	12.82	7.00	1.92
11.588	81015		Análisis de orina, solamente microscópico	19.23	12.82	12.82	8.00	1.92
11.589	81025		Prueba de embarazo en orina, por el método de comparación visual de color	21.55	14.37	14.37	10.00	6.46
11.590	81050		Medida de volumen por periodo de tiempo, cada periodo de tiempo	25.18	16.79	16.79	-	7.88
11.591	81400.01		Prueba de tropismo de VIH-1 a partir de ácido nucleico.	273.71	182.47	182.47	-	164.3
11.592	82009		Análisis cualitativo de Cuerpos cetónicos (ej. Acetona, ácido acetoacético, beta hidroxibutirato)	11.21	7.48	7.48	-	2.8
11.593	82020		Dosaje de ADA (Adenosindeaminasa)	42.14	28.09	28.09	-	6.09
11.594	82040		Dosaje de Albúmina; suero, plasma o sangre total	21.21	14.14	14.14	-	5.22
11.595	82043		Dosaje de Albúmina en orina, microalbúmina, cuantitativa	21.33	14.22	14.22	-	15.48
11.596	82044		Dosaje de Albúmina en orina, microalbúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva)	45.03	30.02	30.02	-	13.01
11.597	82105		Dosaje de Alfa-fetoproteína; sérica	49.90	33.27	33.27	-	12.7
11.598	82143		Análisis de líquido amniótico (espectrofotométrico)	97.56	65.04	65.04	-	6.8
11.599	82150		Dosaje de Amilasa	24.22	16.15	16.15	-	7.88
11.600	82175		Dosaje de Arsénico	72.49	48.33	48.33	-	22.85
11.601	82247		Dosaje de Bilirrubina; total	22.72	15.15	15.15	-	3.84
11.602	82248		Dosaje de Bilirrubina; directa	21.34	14.23	14.23	-	6.64
11.603	82870		Determinación cualitativa de sangre oculta en heces por actividad peroxidasa (prueba de guayacol); con muestras recolectadas consecutivamente para medición única, como parte de tamizaje de neoplasia colorrectal (se le provee al paciente de tres recipientes para recolección consecutiva)	29.66	19.79	19.79	-	3.15
11.604	82880		Dosaje de Cadmio	121.01	80.67	80.67	-	55.2





Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.605	82310	Dosaje de Calcio; total	20.93	13.95	13.95	-	3.95
	11.606	82310.01	Calcio en orina 24 horas	21.59	14.40	14.40	-	5.28
	11.607	82340	Dosaje cuantitativo de Calcio en orina, muestra con tiempo medido	21.59	14.40	14.40	-	11.11
	11.608	82378	Dosaje de Antígeno carcinoembrionario (CEA)	52.35	34.90	34.90	-	14.65
	11.609	82397	Ensayo de quimioluminiscencia	110.78	73.85	73.85	-	21.28
	11.610	82465	Dosaje de colesterol total en sangre completa o suero	20.82	13.88	13.88	-	4.27
	11.611	82480	Dosaje de Colinesterasa; sérica	115.40	76.94	76.94	-	6.19
	11.612	82482	Dosaje de Colinesterasa; en eritrocitos	115.40	76.94	76.94	-	67.82
	11.613	82533	Dosaje de Cortisol; total	42.46	28.31	28.31	-	10.39
	11.614	82550	Dosaje de Creatina quinasa (CK), (CPK); total	22.79	15.19	15.19	-	16.16
	11.615	82553	Dosaje de Creatina quinasa (CK), (CPK); fracción MB solamente	27.88	18.58	18.58	-	7.8
	11.616	82565	Dosaje de creatinina en sangre	20.03	13.35	13.35	-	3.9
	11.617	82575	Dosaje de Creatinina; depuración	20.03	13.35	13.35	-	5.34
	11.618	82607	Dosaje de Cianocobalamina (vitamina B-12)	44.95	29.97	29.97	-	54.23
	11.619	82670	Dosaje de Estradiol	52.86	35.24	35.24	-	22.49
	11.620	82679	Dosaje de Estrona	44.43	29.62	29.62	-	6.19
	11.621	82728	Dosaje de Ferritina	51.62	34.41	34.41	-	42.48
	11.622	82731	Dosaje de Fibronectina fetal, secreciones cervicovaginales, semicuantitativo	58.08	38.72	38.72	-	6.19
	11.623	82803	Dosaje de Gases en sangre, cualquier combinación de pH, pCO2, pO2, CO2, HCO3 (Incluyendo la saturación de O2 calculada)	96.89	64.59	64.59	-	17.7
	11.624	82803.01	Dosaje de gases arteriales y electrolitos (dispositivo portátil)	83.82	55.88	55.88	-	51.56
	11.625	82805	Dosaje de Gases en sangre, cualquier combinación de pH, pCO2, pO2, CO2, HCO3 (Incluyendo la saturación de O2 calculada); con saturación de O2 por determinación directa, excepto la oximetría de pulso	86.54	57.70	57.70	-	34.04
	11.626	82945	Dosaje de Glucosa en fluidos corporales, diferente de sangre	20.10	13.40	13.40	-	6.19
	11.627	82947	Dosaje de glucosa en sangre, cuantitativo (excepto cinta reactiva)	20.10	13.40	13.40	-	3.12
	11.628	82948	Dosaje de Glucosa en sangre, tira reactiva	18.20	12.13	12.13	-	3.78
	11.629	82950	Dosaje de Glucosa; después de una dosis de glucosa (incluye glucosa)	20.16	13.44	13.44	-	5.53
	11.630	82951	Dosaje de Glucosa; prueba de tolerancia (GTT), tres muestras (incluye glucosa)	36.93	24.62	24.62	-	9.08
	11.631	82955	Dosaje de Glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD); cuantitativa	20.10	13.40	13.40	-	8.47
	11.632	82977	Dosaje de Glutamil transferasa, gamma (GGT)	26.32	17.54	17.54	-	6.19
	11.633	83001	Dosaje de Gonadotropina; hormona foliculoestimulante (FSH)	47.28	31.52	31.52	-	24.19
	11.634		Dosaje de Gonadotropina; hormona luteinizante (LH)	49.88	33.25	33.25	-	12.44
	11.635	83010	Dosaje de Haptoglobina; cuantitativa	44.34	29.56	29.56	-	54.73





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	S/S
11.636	83013		Análisis de la prueba del aliento para Helicobacter Pylori mediante actividad de ureasa, con isótopo no-radioactivo (p. ej. C-13)	209.63	139.75	139.75	-	103.91
11.637	83036		Dosaje de Hemoglobina; glucosilada (A1C)	79.38	52.92	52.92	-	43.73
11.638	83521.01		Inmunohistoquímica (R. Estrógeno, R. Progesterona, Her 2, Ki 67)	463.10	308.73	308.73	-	271.32
11.639	83525		Dosaje de Insulina; total	42.88	28.59	28.59	-	10.98
11.640	83540		Dosaje de Hierro	24.86	16.57	16.57	-	13.13
11.641	83605		Dosaje de Lactato (ácido láctico)	26.65	17.77	17.77	-	6.19
11.642	83615		Dosaje de Lactato deshidrogenasa (LD), (LDH)	27.02	18.01	18.01	-	4.67
11.643	83655		Dosaje de Plomo	107.39	71.60	71.60	-	43.81
11.644	83661		Prueba de madurez pulmonar fetal; ratio lecitina/esfingomielina (L/S)	109.69	73.13	73.13	-	6.19
11.645	83662		Evaluación de madurez pulmonar fetal; test de estabilidad de espuma	51.30	34.20	34.20	-	6.19
11.646	83690		Dosaje de Lipasa	28.00	18.67	18.67	-	5.99
11.647	83718		Determinación directa de Lipoproteína de alta densidad (HDL colesterol)	27.07	18.05	18.05	-	7.28
11.648	83719		Determinación directa de Lipoproteína de muy baja densidad (VLDL colesterol)	23.10	15.40	15.40	-	6.43
11.649	83721		Determinación directa de lipoproteína de baja densidad (LDL colesterol)	31.94	21.29	21.29	-	12.18
11.650	83735		Dosaje de Magnesio	21.22	14.15	14.15	-	6.19
11.651	83825		Dosaje de Mercurio, cuantitativo	67.94	45.30	45.30	-	19.82
11.652	83874		Dosaje de Mieloglobina	256.08	170.72	170.72	-	14.9
11.653	83898		Reacción en cadena de la polimerasa (PCR)	631.30	420.87	420.87	-	24.09
11.654	83898.04		PCR identificación de múltiples patógenos respiratorios (virus y bacterias)	212.04	141.36	141.36	-	118.19
11.655	83898.05		Pcr Identificación de múltiples Patógenos Gastrointestinales (Virus, Bacterias Y Parásitos)	162.42	108.28	108.28	-	85.12
11.656	83898.06		Pcr Identificación de múltiples Patógenos En Hemocultivos (Bacterias Y Levaduras)	102.20	68.13	68.13	-	44.96
11.657	83898.07		Pcr Identificación de múltiples Patógenos en LCR (Virus, Bacterias Y Levaduras)	163.31	108.87	108.87	-	85.71
11.658	83950		Estudio de Oncoproteína, HER-2/NEU	1868.49	1245.66	1245.66	-	1,193.62
11.659	83970		Dosaje de Paratormona (hormona paratiroidea)	96.81	64.54	64.54	-	13.6
11.660	83986		Análisis de pH, líquido corporal, excepto sangre	36.84	24.56	24.56	-	6.19
11.661	84075		Dosaje de Fosfatasa, alcalina	21.81	14.54	14.54	-	4.11
11.662	84085.01		Dosaje de Fosfopiruvato deshidrogenasa - Enolasa	276.10	184.07	184.07	-	6.19
11.663	84100		Dosaje de Fósforo inorgánico (fosfato)	20.84	13.89	13.89	-	8.69
11.664	84132		Potasio; sérico, plasma o sangre total	36.56	24.37	24.37	-	6.03
11.665	84144		Dosaje de Progesterona	52.98	35.32	35.32	-	21.19
11.666			Dosaje de Procalcitonina (PCT)	85.41	56.94	56.94	-	6.19
11.667			Dosaje de Prolactina	56.29	37.53	37.53	-	21.19





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.668 84152	Dosaje de Antígeno prostático específico (PSA); complejos (medición directa)	47.19	31.46	31.46	-	13.55
	11.669 84155	Proteínas totales, excepto refractometría, suero, plasma o sangre total	21.92	14.61	14.61	-	3.58
	11.670 84155.01	Proteínas totales y fraccionadas	24.51	16.34	16.34	-	7.23
	11.671 84157	Proteína total, excepto por refractometría, otra fuente (Ejemplo: líquido sinovial, líquido cefalorraquídeo)	21.92	14.61	14.61	-	6.19
	11.672 84165	Proteínas; fraccionamiento y determinación cuantitativa por electroforesis; suero	21.92	14.61	14.61	-	9.5
	11.673 84180	Proteinuria de 24 horas	25.18	16.79	16.79	-	7.43
	11.674 84181	Proteínas; Western blot, con interpretación e informe, para sangre u otro líquido corporal	1102.28	734.85	734.85	-	703.48
	11.675 84207	Piridoxal fosfato (vitamina B-6)	74.91	49.94	49.94	-	6.19
	11.676 84402	Testosterona; libre	64.17	42.78	42.78	-	20.28
	11.677 84403	Testosterona; total	64.17	42.78	42.78	-	20.28
	11.678 84436	Tiroxina; total	52.98	35.32	35.32	-	12.48
	11.679 84439	Tiroxina; libre	47.32	31.55	31.55	-	11.18
	11.680 84442	Tiroxina, globulina transportadora (TBG)	23.76	15.84	15.84	-	6.19
	11.681 84443	Hormona estimulante de la tiroides (TSH)	48.82	32.55	32.55	-	20.32
	11.682 84450	Aspartato amino transferasa (AST) (SGOT)	21.77	14.51	14.51	-	4.49
	11.683 84460	Transferasa; amino alanina (ALT) (SGPT)	21.58	14.39	14.39	-	4.49
	11.684 84466.02	Saturación de transferrina	52.55	35.04	35.04	-	12.52
	11.685 84478	Triglicéridos	23.10	15.40	15.40	-	6.19
	11.686 84480	Triyodotironina T3; total (TT-3)	55.31	36.87	36.87	-	15.28
	11.687 84481	Triyodotironina T3; libre	52.61	35.08	35.08	-	18.28
	11.688 84484	Troponina, cuantitativa	68.56	45.71	45.71	-	76.83
	11.689 84510	Tirosina	52.98	35.32	35.32	-	12.48
	11.690 84512	Troponina, cualitativa	68.56	45.71	45.71	-	6.19
	11.691 84520	Nitrógeno ureico; cuantitativo	22.07	14.71	14.71	-	4.03
	11.692 84550	Ácido úrico; en sangre	23.90	15.94	15.94	-	3.38
	11.693 84560.01	Ácido úrico en orina 24 horas	24.57	16.38	16.38	-	7.27
	11.694 84702	Gonadotropina coriónica (hCG); cuantitativa	52.67	35.12	35.12	-	30.42
	11.695 84703	Gonadotropina coriónica (hCG); cualitativa	52.67	35.12	35.12	-	30.42
	11.696 84704	Gonadotropina, coriónica (hCG); subunidad beta libre	59.26	39.51	39.51	-	30.13
	11.697 84999	Procedimiento de análisis químico que no aparece en la lista	77.64	51.76	51.76	-	6.8
	11.698 85002	Tiempo de sangría	18.77	12.51	12.51	7.00	2.23
	11.699 85013	Frotis de sangre con examen microscópico con fórmula diferencial manual de leucocitos	28.74	19.16	19.16	42.00	7.08
	11.700 85013	Microhematócrito por centrifugación	25.12	16.74	16.74	5.00	7.51





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.701	85014	Hematócrito	25.12	16.74	16.74	-	2.16
	11.702	85018	Hemoglobina	28.74	19.16	19.16	6.00	6.24
	11.703	85018.01	Hemoglobina con hemoglobínómetro	28.92	19.28	19.28	-	8.43
	11.704	85023	hemograma y recuento de plaquetas automatizados, y recuento manual diferencial de leucocitos (CBC)	28.74	19.16	19.16	14.00	9.93
	11.705	85025	Recuento sanguíneo completo automatizado, (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas) formula diferencial automatizada de leucocitos	28.74	19.16	19.16	-	9.93
	11.706	85027	Recuento sanguíneo completo automatizado (hemoglobina, hematocrito, eritrocitos, leucocitos y plaquetas)	28.74	19.16	19.16	26.00	7.08
	11.707	85031	Hemograma completo, 3ra. generación (Nº, Fórmula, Hb, Hto, Constantes corpusculares, Plaquetas)	28.74	19.16	19.16	12.00	9.93
	11.708	85032	Recuento sanguíneo manual (eritrocitos, leucocitos o plaquetas), cada uno	28.74	19.16	19.16	4.00	2.53
	11.709	85044	Recuento manual de reticulocitos	22.78	15.19	15.19	8.00	3.75
	11.710	85045	Recuento automatizado de reticulocitos	28.74	19.16	19.16	-	5.71
	11.711	85049	Recuento automatizado de plaquetas	20.08	13.38	13.38	-	4.15
	11.712	85060	Extendido de sangre periférica, Interpretación e informe escrito por médico	28.85	19.23	19.23	4.00	2.47
	11.713	85097	Interpretación del extendido de médula ósea	76.20	50.80	50.80	3.00	1.92
	11.714	85378	Medición de los productos de la degradación del fibrina, dímero D, cualitativo o semicuantitativo	65.88	43.92	43.92	24.00	5.71
	11.715	85380	Medición de los productos de la degradación del fibrina, dímero D, ultrasensible (p. ej. evaluación por tromboembolismo venoso), cualitativo o semicuantitativo	65.88	43.92	43.92	-	34.69
	11.716	85384	Medición de actividad de fibrinógeno	25.99	17.33	17.33	15.00	5.71
	11.717	85460	Hemoglobina fetal o eritrocitos fetales, para hemorragia maternofetal; lisis diferencial (Kleihauer-Betke)	19.36	12.91	12.91	24.00	5.71
	11.718	85590	Recuento de plaquetas	20.08	13.39	13.39	5.00	2.47
	11.719	85599	Detección de Células L.E	55.49	36.99	36.99	-	15.19
	11.720	85610	Tiempo de protrombina	26.98	17.99	17.99	17.00	6.58
	11.721	85651	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; no automatizada	30.22	20.15	20.15	4.00	2.65
	11.722	85652	Velocidad de sedimentación de eritrocitos; automatizada	34.06	22.70	22.70	4.00	13.47
	11.723	85730	Tiempo de tromboplastina parcial (PTT); en plasma o sangre entera	27.99	18.66	18.66	17.00	6.48
	11.724	86000	Agglutininas de fiebre (p. ej. Brucella, Francisella, tífus murino, fiebre Q, fiebre por garrapatas, Montañas Rocosas, tífus de los matorrales), cada antígeno	34.68	23.12	23.12	12.00	5.99
	11.725	86007	Estudio de Brucella: 2-Mercaptoetanol	56.51	37.68	37.68	-	10.78
	11.726	86008	Estudio de Brucella: Aglutinaciones, bloqueadores	52.51	35.01	35.01	-	5.38
	11.727	86009	Estudio de Brucella: Rosa de bengala	37.73	25.15	25.15	-	5.25
	11.728	86010	Estudio de Brucella: Fenómeno de zona	34.68	23.12	23.12	-	5.25
	11.729	86070	Anticuerpos antinucleares (ANA)	57.00	38.00	38.00	24.00	15.6
	11.730	86070	Pruebas cruzadas	47.28	31.52	31.52	-	15.58





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.731	86140	Proteína C-reactiva	42.19	28.13	28.13	17.00	8.36
	11.732	86147	Cardiolipina, anticuerpo, (fosfolípido), cada clase de Ig	63.68	42.45	42.45	38.00	16.85
	11.733	86148	Anticuerpo anti-fosfatidilserina (fosfolípido)	55.41	36.94	36.94	38.00	15.6
	11.734	86200	Anticuerpos Anti-Péptido citrulinado cíclico	73.06	48.71	48.71	-	15.6
	11.735	86318	Inmunoensayo para anticuerpos contra agentes infecciosos, cualitativo o semicuantitativo, método de un solo paso (p. ej. tira reactiva)	56.71	37.81	37.81	-	15.6
	11.736	86318.01	Detección cualitativa de anticuerpos por inmunocromatografía para VIH 1-2 y Treponema pallidum (prueba dual)	27.17	18.12	18.12	-	9.88
	11.737	86320	Inmunolectroforesis; suero	58.57	39.05	39.05	33.00	15.83
	11.738	86325	Inmunolectroforesis; otros líquidos (p. ej. orina, líquido cefalorraquídeo), con concentración	58.35	38.90	38.90	33.00	15.83
	11.739	86328	Inmunoensayo para anticuerpo (s) para agente infeccioso, cualitativo o semicuantitativo, método de paso único (p.ej. tira reactiva); coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19])(descripción larga); Inmunoensayo de anticuerpo para SARS-COV-2 COVID-19 (descripción corta)	60.34	40.23	40.23	-	24.49
	11.740	86361	Linfocitos T; recuento absoluto de CD4	246.68	164.44	164.44	43.00	15.85
	11.741	86430	Factor reumatoideo; cualitativo	43.61	29.08	29.08	16.00	5.65
	11.742	86431	Factor reumatoideo; cuantitativo	42.92	28.61	28.61	16.00	18.08
	11.743	86580	Pruebas cutáneas; tuberculosis, intradérmica	54.54	36.36	36.36	12.00	4.17
	11.744	86585	Prueba cutánea para tuberculosis con disco	54.54	36.36	36.36	12.00	23.16
	11.745	86586	Prueba cutánea para otros antígenos especificados	29.43	19.62	19.62	12.00	6.42
	11.746	86592	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico; cualitativo (p. ej. VDRL, RPR, ART)	27.91	18.60	18.60	5.00	4.34
	11.747	86593	Prueba de sífilis; anticuerpo no treponémico, cuantitativa	38.39	25.59	25.59	5.00	14.13
	11.748	86594	Anticuerpos antitiroideos - Anti TPO - Tiroglobulina	55.63	37.09	37.09	-	26.56
	11.749	86611	Anticuerpos; Bartonella	26.09	17.39	17.39	-	15.6
	11.750	86622	Anticuerpos; Brucella	26.09	17.39	17.39	15.00	15.19
	11.751	86631	Anticuerpos; clamidia	44.60	29.73	29.73	-	22.85
	11.752	86644	Anticuerpos; citomegalovirus (CMV)	52.36	34.91	34.91	22.00	22.2
	11.753	86644.01	Pcr Cuantitativo Citomegalovirus	542.97	361.98	361.98	-	340.04
	11.754	86645	Anticuerpos; citomegalovirus (CMV), IgM	52.36	34.91	34.91	22.00	22.45
	11.755	86677	Anticuerpos; Helicobacter pylori	37.13	24.75	24.75	-	15.6
	11.756	86689	Anticuerpos; anticuerpo contra HTLV o HIV, prueba de confirmación (p.ej., Western Blot)	261.97	174.64	174.64	141.00	44.42
	11.757	86703	Detección de anticuerpos HIV 1-2	43.39	28.93	28.93	29.00	12.81
	11.758	86703.01	Detección cualitativa de anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	24.96	16.64	16.64	-	8.4
	11.759	86704	Detección cualitativa de antígeno y anticuerpo por inmunocromatografía para VIH 1-2	29.92	19.95	19.95	-	7.65
	11.760	86704	Detección de anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBcAb); total	44.33	29.55	29.55	29.00	14.79



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.761	86705	Anticuerpo contra el antígeno de la nucleocápside de la hepatitis B (HBcAb); anticuerpo IgM	48.09	32.06	32.06	36.00	18.13
	11.762	86706	Anticuerpo contra el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAb)	50.39	33.59	33.59	30.00	17.8
	11.763	86707	Anticuerpo contra la hepatitis Be (HBsAb)	46.93	31.29	31.29	40.00	15.6
	11.764	86717	Anticuerpo contra; Leishmania	64.44	42.96	42.96	-	32.43
	11.765	86747	Anticuerpo contra; parvovirus	58.14	38.76	38.76	-	15.6
	11.766	86782	Anticuerpo contra; rubéola	52.36	34.91	34.91	28.00	15.7
	11.767	86788	Anticuerpo contra; Salmonella	29.92	19.94	19.94	14.00	13.55
	11.768	86777	Anticuerpo contra; toxoplasma	52.10	34.73	34.73	31.00	17.85
	11.769	86778	Anticuerpo contra; toxoplasma, IgM	52.36	34.91	34.91	31.00	17.85
	11.770	86780	Detección de Anticuerpo; Treponema pallidum	31.31	20.88	20.88	-	15.6
	11.771	86780.01	Detección cualitativa treponémica de anticuerpos totales por inmunocromatografía para Treponema pallidum	23.16	15.44	15.44	-	7.2
	11.772	86781	FTA - absorbido, prueba de confirmación Treponema pallidum	25.18	16.78	16.78	33.00	17.27
	11.773	86787.01	Anticuerpo contra; varicella zoster IgM	44.60	29.73	29.73	-	20.27
	11.774	86790	Anticuerpo contra; virus, no especificado en otro lugar	38.39	25.59	25.59	16.00	15.6
	11.775	86790.01	Anticuerpo contra; dengue	61.55	41.03	41.03	-	30.6
	11.776	86793	Anticuerpo contra; Yersinia	159.31	106.21	106.21	-	15.6
	11.777	86803	Detección de anticuerpos hepatitis C	60.64	40.43	40.43	41.00	18.41
	11.778	86803.01	Detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C por inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero	27.89	18.59	18.59	-	10.35
	11.779	86812.06	Genotipo HLA-B*51, antígeno único	892.45	594.97	594.97	-	496.36
	11.780	86812.07	Genotipo HLA-B*27, antígeno único	892.45	594.97	594.97	-	496.36
	11.781	86849.01	Antígeno PP65 (para Citomegalovirus)	678.43	452.29	452.29	-	154.18
	11.782	86849.06	Pruebas inmunocromatográficas para diagnóstico de malaria	39.75	26.50	26.50	-	10.98
	11.783	86880	Prueba de aglutinina humana (prueba de Coombs); directa, cada antisuero	78.15	52.10	52.10	11.00	5.71
	11.784	86886	Prueba de aglutinina humana (prueba de Coombs); indirecta, cada título de anticuerpo	100.25	66.84	66.84	47.00	5.71
	11.785	86900	Tipificación de sangre; ABO	15.49	10.32	10.32	6.00	4.01
	11.786	86901	Tipificación de sangre; Rh (D)	15.55	10.36	10.36	-	2.66
	11.787	86920.01	Prueba cruzada	56.91	37.94	37.94	-	15.19
	11.788	87015	Concentración (de cualquier tipo), para detectar agentes infecciosos	59.19	39.46	39.46	-	17.08
	11.789	87040	Cultivo bacterial, en sangre, aeróbico, con aislamiento e identificación presuntiva de cepas (incluye cultivo anaeróbico, si es necesario)	55.09	36.73	36.73	29.00	13.83
	11.790		Memocultivo con MIC	97.67	65.11	65.11	-	43.84





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.791	87045	Cultivo bacterial, en heces, aeróbico, con aislamiento e examen preliminar (Ejemplo: KIA, LIA) de especies de Salmonella y Shigella	48.91	32.60	32.60	31.00	13.02
	11.792	87070	Cultivo bacterial, en cualquier fuente excepto orina, sangre o heces, con aislamiento e identificación presuntiva de cepas	52.30	34.87	34.87	32.00	13.88
	11.793	87072	Cultivo o método directo de identificación bacteriana, cada organismo, con kit comercial, cualquier fuente excepto orina	111.52	74.35	74.35	-	43.79
	11.794	87077	Cultivo bacterial, aislamiento aeróbico, métodos adicionales, requeridos para la identificación definitiva, cada aislamiento	57.66	38.44	38.44	-	13.72
	11.795	87081	Cultivo de organismos presuntivamente patógenos, con propósitos de tamizaje solamente	71.63	47.75	47.75	-	17.74
	11.796	87086	Urocultivo con recuento de colonias cuantitativo	65.28	43.52	43.52	-	11.36
	11.797	87087	Urocultivo y antibiograma	65.28	43.52	43.52	27.00	11.87
	11.798	87088	Urocultivo con aislamiento e identificación presuntiva de cada aislamiento	65.28	43.52	43.52	-	18.8
	11.799	87102	Cultivo de hongos (espora o levadura), aislamiento, con identificación presuntiva de aislamientos; otra fuente (excepto sangre)	43.23	28.82	28.82	-	6.63
	11.800	87110	Cultivo de clamidia, cualquier fuente	65.89	43.93	43.93	-	19.21
	11.801	87115	Baciloscopia: BK	25.86	17.24	17.24	-	3.56
	11.802	87116	Cultivo de bacilos de tubérculo o cualquier otro bacilo ácido-resistente (p. ej. tuberculosis, AFB, micobacteria); cualquier fuente, con aislamiento e identificación presuntiva de aislamientos	116.19	77.46	77.46	20.00	11.36
	11.803	87117	Cultivo de bacilos de tubérculo o cualquier otro bacilo ácido-resistente (p. ej. tuberculosis, AFB, micobacteria); concentración más aislamiento	273.44	182.30	182.30	-	159.73
	11.804	87150	Cultivo, tipificación; identificación mediante prueba de ácido nucleico (DNA o RNA), técnica de amplificación, por cultivo o aislado, cada organismo evaluado	157.90	105.27	105.27	-	60.42
	11.805	87158	Cultivo de tipificación; por otros métodos	1152.65	768.43	768.43	-	73.95
	11.806	87162	Cultivo de secreciones (faríngea, uretral, vaginal, esputo, heridas, otros)	55.88	37.25	37.25	21.00	33.29
	11.807	87162.01	Toma de muestra, cultivo para ITS	32.07	21.38	21.38	-	8.72
	11.808	87163	Cultivo de líquidos corporales (LCR, pleural, ascítico, pericárdico, amniótico, otros)	47.97	31.98	31.98	21.00	18.93
	11.809	87177	Examen de frotis directo y de concentración para identificación de huevos y parásitos	27.06	18.04	18.04	8.00	2.39
	11.810	87177.01	Estudio parasitológico en heces por 3	29.28	19.52	19.52	-	6.83
	11.811	87177.03	Método cuantitativo de Kato-Katz	28.20	18.80	18.80	-	5.75
	11.812	87178	Test de graham	24.51	16.34	16.34	-	1.89
	11.813	87179	Examen coprológico funcional	28.72	19.15	19.15	-	2.23
	11.814	87180	Investigación de strongiloides	31.87	21.24	21.24	-	8.19
	11.815	87181	Estudios de sensibilidad a antibióticos; método de difusión en agar, por cada antibiótico (p. ej. cinta de gradiente de antibiótico)	104.50	69.67	69.67	-	8.64
	11.816	87186	Estudios de sensibilidad antibiótica, agente microbiano; por microdilución o dilución en agar (concentración mínima inhibitoria o punto de quiebre), cada multi-antimicrobiano, por placa	209.51	139.67	139.67	-	100.05



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.817	87190	Estudios de sensibilidad antibiótica para micobacterias, método proporcional, cada agente	144.90	96.60	96.60	-	11.01
	11.818	87205	Frotis de fuente primaria con interpretación, con coloración Gram o Giemsa o Wright para bacterias, hongos o tipos de células	25.43	16.95	16.95	-	2.06
	11.819	87206	Frotis de fuente primaria con interpretación; tinción fluorescente y/o ácido-resistente para bacterias, hongos, parásitos, virus o tipos celulares	43.72	29.15	29.15	-	8.99
	11.820	87207	Frotis de fuente primaria con interpretación, con tinción especial para cuerpos de inclusión o parásitos (p. ej. malaria, coccidios, microsporidios, tripanosomas, virus de herpes)	25.94	17.29	17.29	4.00	2.35
	11.821	87210	Frotis con montaje húmedo para identificación de agentes infecciosos (p. ej. solución salina, tinta de la India, preparaciones de KOH)	26.05	17.37	17.37	-	8.64
	11.822	87220	Examen con KOH de muestras de la piel, pelo, o uñas para hongos, huevos de ectoparásito o acaros (Ejemplo: sarna)	26.05	17.37	17.37	4.00	2.1
	11.823	87230	Análisis de toxinas o antitoxinas mediante cultivo de tejidos (p. ej. toxina de Clostridium difficile)	90.35	60.23	60.23	-	11.36
	11.824	87270	Detección de antígenos de agentes infecciosos mediante técnica de inmunofluorescencia; Chlamydia trachomatis	92.05	61.37	61.37	-	48.75
	11.825	87280	Detección de antígenos de agentes infecciosos mediante técnica de inmunofluorescencia; virus sincitial respiratorio	94.46	62.97	62.97	-	16.04
	11.826	87299	Detección de agente infeccioso por inmunofluorescencia; no especificado de otra manera, cada organismo	117.32	78.22	78.22	-	15.6
	11.827	87320	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; Chlamydia trachomatis	44.60	29.73	29.73	-	24.33
	11.828	87327	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; Cryptococcus neoformans	70.28	46.85	46.85	-	35.25
	11.829	87340	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; hepatitis B antígeno de superficie (HBsAg)	47.68	31.79	31.79	15.00	15.28
	11.830	87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie (HBsAg) del virus de la hepatitis B por Inmunocromatografía en sangre total, plasma y/o suero. (Prueba rápida)	30.99	20.66	20.66	-	6.19
	11.831	87351	Detección de AgE para hepatitis B (HBeAg)	46.93	31.29	31.29	-	16.04
	11.832	87389	Detección de antígeno de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de pasos múltiples; antígeno(s) de HIV-1, con anticuerpos de HIV-1 y HIV-2, resultado único	255.83	170.56	170.56	-	10.93
	11.833	87449	Detección de antígenos de agente infeccioso mediante técnica de inmunoensayo enzimático, cualitativo o semicuantitativo, método de varios pasos; para un organismo no especificado en otro lugar	137.98	91.98	91.98	-	15.6
	11.834	87522.01	Carga viral del virus de la hepatitis C (HCV)-PCR en tiempo real	652.16	434.77	434.77	-	342.68
	11.835	87535	Detección cualitativa de ácidos nucleicos (AD-RN) de VIH-1 por PCR en tiempo real	274.48	182.98	182.98	-	90.9
	11.836	87536	Determinación cuantitativa del ARN viral de VIH-1 por PCR en tiempo real	804.53	536.36	536.36	-	16.71
	11.837		Prueba rápida molecular para diagnóstico de la tuberculosis y resistencia a la rifampicina (RR).	503.15	335.44	335.44	-	247.43





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.838	87621	Detección de agente infeccioso por medio de ácidos nucleicos (ADN o ARN); Papillomavirus, humano, técnica de evaluación con amplificación	370.57	247.05	247.05	-	69.7
	11.839	87635	Detección de agentes infecciosos por ácido nucleico (ADN o ARN); síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19]), técnica de sonda amplificada (descripción larga); SARS-COV-2 COVID-19 AMP PRB (descripción corta)	279.46	186.31	186.31	-	100.05
	11.840	87797	Detección de agente infeccioso por medio de ácidos nucleicos (ADN o ARN); no especificado de otra forma, técnica de evaluación directa, cada organismo	302.21	201.47	201.47	-	16.71
	11.841	87800.01	Carga Viral del Virus de la Hepatitis B (HBV) - PCR en Tiempo Real	636.40	424.27	424.27	-	314.31
	11.842	87800.03	Carga Viral de Citomegalovirus (CMV) - PCR en Tiempo Real	638.62	425.75	425.75	-	315.39
	11.843	87906	Genotipificación del VIH-1 (susceptibilidad) a partir de ácido nucleico (ARN). Incluye Integrasa	678.85	452.57	452.57	-	210.5
	11.844	87999	Procedimiento microbiológico que no aparece en la lista	115.66	77.11	77.11	-	49.09
	11.845	88014	Necropsia, examen macroscópico solamente; mortinato o recién nacido con cerebro	293.59	195.73	195.73	-	81.35
	11.846	88104	Citopatología, líquidos, lavados o cepillados, excepto cervicales o vaginales; extendidos con interpretación	126.08	84.05	84.05	-	14.55
	11.847	88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), requiriendo interpretación por un médico	102.84	68.56	68.56	17.00	5.92
	11.848	88141.01	Inspección Visual con ácido acético (IVAA)	96.42	64.28	64.28	-	2.6
	11.849	88142	Citopatología, cervical o vaginal (cualquier sistema de informes), con recolección de material en líquido preservante, preparación automatizada de capa delgada; tamizaje manual supervisado por el médico	111.87	74.58	74.58	-	27.25
	11.850	88150.01	Toma de muestra de Papanicolau	34.19	22.79	22.79	-	6.43
	11.851	88172	Estudio citohistológico inmediato de aspirado de aguja fina para determinar adecuación de la(s) muestra(s) para realizar diagnóstico, primera evaluación, cada sitio	106.70	71.13	71.13	51.00	8.77
	11.852	88172.01	Biopsia de aspiración con aguja fina (BAAF)	105.06	70.04	70.04	-	66.18
	11.853	88173	Interpretación y reporte citopatológico de evaluación de aspirado de aguja fina	96.12	64.08	64.08	-	4.4
	11.854	88210	Estudio citogenético	826.28	550.85	550.85	-	221.02
	11.855	88233	Cultivo de tejidos para trastornos neoplásicos; piel u otro tipo de biopsia de tejido sólido	213.61	142.41	142.41	-	37.75
	11.856	88261	Análisis de cromosomas; recuento de 5 células, 1 cariotipo, análisis del patrón de bandas	795.18	530.12	530.12	-	97.73
	11.857	88301	Nivel I: Estudio macro y microscópico de pieza operatoria	181.57	121.05	121.05	-	23.96
	11.858	88312	Tinciones especiales, incluyendo interpretación y reporte; Grupo I para microorganismos (p. ej. ácidos resistentes, metenamina argéntica)	88.63	59.09	59.09	-	14.55
	11.859	88314.01	Tinción hematoxilina - eosina	64.21	42.81	42.81	-	11.6
	11.860	88318.03	Estudio histopatológico de pieza operatoria pequeña: Biopsia quirúrgica	135.67	90.45	90.45	-	19.02
	11.861	88347	Estudio de inmunofluorescencia, cada anticuerpo; método indirecto	285.19	190.12	190.12	-	97.96
	11.862	88350	Estudio de biopsia quirúrgica	141.46	94.31	94.31	-	19.02
	11.863	88350	Recuento celular en líquidos corporales varios (p. ej. líquido cefalorraquídeo, líquido de articulaciones), excepto sangre	69.84	46.56	46.56	4.00	2.75



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.864	89051	Recuento celular en líquidos corporales varios (p. ej. líquido cefalorraquídeo, líquido de articulaciones), excepto sangre; con recuento diferencial	69.84	46.56	46.56	-	12.54
	11.865	89055	Evaluación de leucocitos, en heces, cualitativo o semicuantitativo	51.86	34.57	34.57	-	7.75
	11.866	89060.01	Test de Fem (prueba de hehecho)	39.25	26.17	26.17	-	12.54
	11.867	89240.01	Método de Lanetta (Prueba de "flama")	39.25	26.17	26.17	-	12.54
	11.868	90371	Inmunoglobulina de la hepatitis B (HBIG), humana, para uso intramuscular	26.23	17.48	17.48	-	5.74
	11.869	90375	Inmunoglobulina antirrábica (RIG), humana, para uso intramuscular y/o subcutáneo	26.23	17.48	17.48	-	3.06
	11.870	90399	Inmunoglobulinas que no aparecen en la lista	26.23	17.48	17.48	-	5.74
	11.871	90471	Administración de inmunización (incluye inyecciones percutáneas, intradérmicas, subcutáneas, intramusculares y a chorro, y/o administración intranasal u oral); primera vacuna (única o combinación de vacuna y toxoide)	27.15	18.10	18.10	-	2.32
	11.872	90585	Vacuna viva del bacilo de Calmette-Guérin (BCG) para la tuberculosis, para uso percutáneo	33.98	22.66	22.66	-	2.38
	11.873	90648	Vacuna contra el Hemophilus influenzae tipo B (Hib), conjugada PRP-T (esquema de 4 dosis), para uso intramuscular	45.91	30.61	30.61	-	13.41
	11.874	90649.01	Vacuna contra el virus papiloma humano (4vHPV), tipos 6, 11, 16 y 18 (tetravalente), 2 dosis, para uso intramuscular	81.71	54.47	54.47	-	37.27
	11.875	90657	Vacuna del virus de la influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a niños de 6-35 meses de edad, para inyección intramuscular	44.46	29.64	29.64	-	2.38
	11.876	90658	Vacuna del virus de la influenza, trivalente, virus aislado, cuando se administra a niños de 3 años de edad o mayores, para inyección intramuscular	54.48	36.32	36.32	-	2.38
	11.877	90670	Vacuna conjugada de neumococo, valente por 13, para uso intramuscular	134.16	89.44	89.44	-	72.24
	11.878	90676	Vacuna de la rabia, para uso intradérmico	98.88	65.92	65.92	-	2.38
	11.879	90681	Vacuna para rotavirus humano, atenuada, esquema de 2 dosis, vivo, para uso oral	75.94	50.63	50.63	-	2.38
	11.880	90701	Administración de DPT	33.06	22.04	22.04	-	2.38
	11.881	90702	Toxoides de la difteria y del tétanos (DT), adsorbida, para individuos menores de 7 años, para uso intramuscular	32.91	21.94	21.94	-	2.38
	11.882	90703	Toxoide tetánico adsorbido, para uso intramuscular	32.91	21.94	21.94	-	4.74
	11.883	90707	Vacuna viva de los virus del sarampión, parotiditis y rubéola (MMR), para inyección subcutánea	50.57	33.71	33.71	-	2.38
	11.884	90708	Vacuna viva de los virus del sarampión y rubéola, para inyección subcutánea	48.50	32.34	32.34	-	2.38
	11.885	90712	Vacuna viva de poliovirus (cualquier tipo) (OPV), para uso oral	31.13	20.75	20.75	-	2.38
	11.886	90713	Vacuna contra la poliovirus, inactivada (IPV), para uso subcutáneo o intramuscular	70.38	46.92	46.92	-	2.38
	11.887	90714	Toxoide tetánico y diftérico (Td) adsorbido, libre de preservante, cuando se administra en individuos de 7 años o mayores, para uso intramuscular	121.55	81.03	81.03	-	63.83
	11.888	90715	Vacuna para tétanos, toxoide diftérico y vacuna acelular de pertusis (TDAP), cuando se administra a individuos de 7 años o mas, para uso intramuscular	121.55	81.03	81.03	-	63.83
	11.889	90716	Vacuna viva de virus de la varicela, para uso subcutáneo	148.38	98.92	98.92	-	81.72
	11.890	90717	Vacuna viva de la fiebre amarilla, para uso subcutáneo	44.34	29.56	29.56	-	2.38



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.891	90722	Vacuna DPT-HvB-HiB	39.04	26.03	26.03	-	8.83
11.892	90740	Vacuna contra Hepatitis B, dosis para paciente de diálisis o inmunosuprimido (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	33.00	22.00	22.00	-	4.8
11.893	90744	Vacuna de la hepatitis B, dosis pediátrica o pediátrica/adolescente (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	32.85	21.90	21.90	-	2.38
11.894	90746	Vacuna de la hepatitis B, dosis adulta (esquema de 3 dosis), para uso intramuscular	33.00	22.00	22.00	-	2.38
11.895	90749.01	Vacuna contra el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (enfermedad por coronavirus [COVID-19])	# VALORI	ND	ND	-	-
11.896	90780	Infusión intravenosa para diagnóstico o terapia, administrada por el médico o bajo su supervisión directa	120.78	80.52	80.52	48.00	11.92
11.897	90784	Inyección profiláctica, diagnóstica o terapéutica, intravenosa	30.66	20.44	20.44	12.00	2.56
11.898	90801	Entrevista Psiquiátrica de diagnóstico	113.99	75.99	75.99	-	14.37
11.899	90804	Psicoterapia individual, en consultorio ambulatorio o hospitalización, orientada a modificar y/o dar soporte al comportamiento, que dura aproximadamente 45 a 60 minutos cara a cara con el paciente	81.91	54.61	54.61	40.00	5.73
11.900	90805	Atención Psiquiátrica con sesión de psicoterapia	114.18	76.12	76.12	40.00	10.83
11.901	90806	Psicoterapia individual, de soporte, psicodinámica o psicoeducativa o de afrontamiento cognitivo conductual de 45-60 minutos de duración, cara a cara realizado por psicólogo	81.91	54.61	54.61	51.00	10.81
11.902	90806.01	Estudio Psicológico Inicial	81.97	54.65	54.65	-	5.77
11.903	90806.03	Reevaluación Psicológica	81.97	54.65	54.65	-	5.77
11.904	90806.04	Evaluación Psicológica (incluye aplicación de test - Psicometría)	82.50	55.00	55.00	-	6.12
11.905	90806.05	Evolución Psicológica	80.18	53.45	53.45	-	4.57
11.906	90806.06	Seguimiento en terapias	68.87	45.91	45.91	-	5.73
11.907	90834	Psicoterapia, 45 minutos con el paciente y/o miembro de la familia	79.87	53.25	53.25	-	5.73
11.908	90847	Psicoterapia de la familia (psicoterapia conjunta) (con el paciente presente)	88.43	58.95	58.95	60.00	8.22
11.909	90849	Sesión de psicoterapia de grupo que incluye múltiples grupos familiares	118.27	78.85	78.85	35.00	11.4
11.910	90857	Psicoterapia Interactiva de grupo	96.05	64.03	64.03	35.00	8.34
11.911	90860	Psicoterapia cognitivo conductual	111.59	74.40	74.40	-	13.01
11.912	90861	Terapia de relajación	51.65	34.44	34.44	-	8.39
11.913	90872	Taller de habilidades sociales	114.27	76.18	76.18	-	30.62
11.914	90887	Interpretación o explicación de los resultados de exámenes médicos, psiquiátricos y procedimientos, o de otro tipo de datos acumulados a la familia u otras personas responsables, o para informarles cómo ayudar a el paciente	60.81	40.54	40.54	-	5.56
11.915	91055.01	Citología de Esputo	95.92	63.95	63.95	-	14.55
11.916		Lavado gástrico por sonda nasogástrica	82.28	54.85	54.85	-	23.78
11.917		Tratamiento de várices gástricas con cianoacrilato, con fibroscopio c/s videocámara	808.52	539.02	539.02	-	412.48
11.918		Escleroterapia de várices esofágicas con videoendoscopia	515.21	343.47	343.47	-	393.34



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.919	91154	Hemostasia endoscópica alta con inyectoterapia c/s video	501.79	334.53	334.53	-	121.18
	11.920	91158	Hemostasia endoscópica alta con probeta caliente	324.87	216.58	216.58	-	74.89
	11.921	91236	Terapéutica endoscópica de lesiones vasculares con láser argón plasma	511.63	341.09	341.09	-	208.96
	11.922	92004	Consulta oftalmológica de tipo completa con examen y evaluación médica e inicio de plan de diagnóstico y tratamiento en un paciente nuevo. El paciente requiere una evaluación completa en una o más visitas	65.82	43.88	43.88	-	4.15
	11.923	92014	Consulta oftalmológica de tipo completa con examen y evaluación médica e inicio o continuación de plan de diagnóstico y tratamiento en un paciente continuador. El paciente requiere una evaluación completa en una o más visitas	65.82	43.88	43.88	-	4.15
	11.924	92015	Determinación de estado de refracción	56.40	37.60	37.60	11.00	8.22
	11.925	92016	Refracción y medición de la visión con cicloplejia	56.40	37.60	37.60	-	5.83
	11.926	92020	Gonioscopia (procedimiento separado)	69.06	46.04	46.04	47.00	6.86
	11.927	92083	Examen de cambios visuales, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe; examen extendido (Ejemplo: campos visuales de Goldmann con al menos 3 isópteros graficados y determinación estática dentro del 30[DEG] o perimetría umbral automatizada, Octopus programa G1, 32 o 42., analizador de campos visuales Humphrey con programas umbrales completos 30-2, 24-2 ó 30/80-2)/Estudio de Campo Visual - Campimetría y/o perimetría completa, uni o bilateral, incluye la interpretación e informe	63.61	42.40	42.40	64.00	4.15
	11.928	92100	Tonometría seriada (procedimiento separado) con múltiples medidas de la presión intraocular en un mismo día, durante un periodo extendido de tiempo, con interpretación e informe, el mismo día (Ejemplo: curva diurna o tratamiento médico de elevación aguda de presión intraocular)	44.95	29.97	29.97	117.00	11.12
	11.929	92130	Tonografía con provocación por agua	73.40	48.93	48.93	103.00	30.36
	11.930	92133	Obtención de imágenes computarizadas diagnósticas de ojo, segmento posterior, con interpretación y reporte, unilateral o bilateral; nervio óptico TOMOGRAFIA DE COHERENCIA ÓPTICA DEL SEGMENTO POSTERIOR (NERVIO ÓPTICO) (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	159.73	106.49	106.49	-	12
	11.931	92225	Oftalmoscopia extendida con dibujo retinal (p. ej. por desprendimiento de la retina, melanoma), incluye interpretación e informe, inicial	57.59	38.39	38.39	48.00	21.83
	11.932	92226	Oftalmoscopia extendida con dibujo retinal (p. ej. por desprendimiento de la retina, melanoma), incluye interpretación e informe, subsiguiente	57.59	38.39	38.39	42.00	8.29
	11.933	92250	Fotografía de fondo con interpretación y reporte (Fondo de ojo)	73.18	48.79	48.79	-	2.67
	11.934	92277	Ultrabiomicroscopia (incluye imágenes de múltiples tramas) con interpretación y reporte	96.26	64.17	64.17	-	12
	11.935	92288	Potenciales evocados	162.35	108.23	108.23	-	31.29
	11.936	92390	Provisión de anteojos. Se excluye prótesis para afaquia y ayudas para vision baja	264.19	176.13	176.13	-	154.53
	11.937	92504	Microscopia binocular (procedimiento diagnóstico separado)	187.23	124.82	124.82	-	54.12
	11.938	92508	Tratamiento de enfermedad del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o procesamiento auditivo; individual	59.16	39.44	39.44	-	9.85
	11.939	92508	Tratamiento de enfermedad del habla, lenguaje, voz, comunicación y/o procesamiento auditivo; 2 o mas individuos	97.30	64.87	64.87	-	8.68



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
   	11.940	92511	Nasofaringolaringoscopia con endoscopio (procedimiento separado)	365.11	243.40	243.40	27.00	6.45
	11.941	92553	Audiometría de tonos puros transmitidos por aire y hueso	92.50	61.67	61.67	47.00	5.02
	11.942	92557	Evaluación completa del umbral de audiometría y reconocimiento del habla (combinación de 92553 y 92556)	104.13	69.42	69.42	49.00	3.03
	11.943	92928	Colocación percutánea transcáteter de stent intracoronario(s), con angioplastia coronaria, cuando se realice; arteria coronaria mayor o rama única	13974.96	9316.64	9316.64	-	8,585.78
	11.944	92977	Trombolisis coronaria; por infusión intravenosa	4230.25	2820.17	2820.17	339.00	2,377.15
	11.945	93000	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; con interpretación e informe	57.76	38.50	38.50	36.00	10.57
	11.946	93005	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; trazado solamente, sin interpretación e informe	46.48	30.98	30.98	15.00	10.97
	11.947	93010	Electrocardiograma, ECG de rutina con por lo menos 12 electrodos; interpretación e informe solamente	57.76	38.50	38.50	36.00	10.97
	11.948	93015	Prueba de esfuerzo ("stress") cardiovascular máximo o submáximo en banda rodante o en bicicleta, control electrocardiográfico continuo, y/o estímulo farmacológico; con supervisión médica, con interpretación e informe	87.00	58.00	58.00	-	7.3
	11.949	93040	Ritmo de ECG, uno a tres derivaciones; con interpretación e informe	46.48	30.98	30.98	24.00	10.97
	11.950	93224	Registro electrocardiográfico externo hasta 48 horas mediante registro y almacenamiento continuo; incluye registro, análisis del registro con reporte, revisión e interpretación por médico u otro profesional de la salud calificado/Registro Electrocardiografico externo (monitoreo Holter) de 24 horas	173.46	115.64	115.64	78.00	8.2
	11.951	93228	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; revisión e interpretación con reporte por médico u otro profesional de la salud calificado	56.02	37.35	37.35	-	2.83
	11.952	93229	Telemetría cardiovascular móvil portátil, con registro electrocardiográfico, análisis de datos computarizados concurrentes en tiempo real y con almacenamiento accesible de ECG de más de 24 horas (recuperable cuando se solicite) con eventos de ECG provocados y seleccionados por el paciente que son transmitidos a central de seguimiento remota por hasta 30 días; soporte técnico para la conexión e instrucciones al paciente para su uso, supervisión presencial, análisis y transmisión prescrita de reportes diarios y de datos de emergencia por médico u otro profesional de la salud calificado	56.02	37.35	37.35	-	2.83
	11.953	93230	Control electrocardiográfico durante 24 horas por registro continuo de las ondas originales del ECG y su almacenamiento sin barrido por registro sobrepuesto, mediante un dispositivo capaz de producir una tira impresa completa y en miniatura; incluye el registro, análisis con microprocesador e informe, revisión e interpretación médicas	129.98	86.65	86.65	78.00	14.51
	11.954	93303	Ecocardiografía transtorácica para anomalías cardíacas congénitas; completa	215.11	143.41	143.41	-	12.78
	11.955	93306	Ecocardiografía, transtorácica, en tiempo real con documentación de imágenes (2D), incluye registro en modo M, cuando se realice, completo, con ecocardiografía Doppler espectral, y con ecocardiografía de flujo Doppler color	178.93	119.29	119.29	-	12.78
	11.956		Ecocardiografía transtorácica, en tiempo real con documentación de la imagen (2D) con o sin registro en modo M, cuando se realice, completa, sin ecocardiografía espectral o Doppler color	215.11	143.41	143.41	-	21.65





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.957	93355	Ecografía, transesofágica, para guía de intervenciones estructurales transcater Intra cardiaco o de grandes vasos	242.28	161.52	161.52	-	13.97
11.958	93542	Cateterismo venoso central	1126.48	750.90	750.99	18.00	53.72
11.959	93556	Angiografía coronaria selectiva (***)	2711.44	1807.63	1807.63	53.00	46.53
11.960	93784	Control ambulatorio de la presión arterial, mediante un sistema tal como una cinta magnética o y/odisco de computador, durante 24 horas o más; incluye el registro, análisis por barrido, interpretación informe	111.98	74.66	74.66	-	4.93
11.961	93870	Estudio no invasivo de arterias carótidas, imagen	259.18	172.78	172.78	-	90.81
11.962	93886	Estudio transcraneal Doppler de las arterias intracraneales; estudio completo	255.02	170.01	170.01	-	45.58
11.963	93922	Estudios fisiológicos no invasivos bilaterales limitados de arterias de miembros superiores o inferiores, (Ejemplo: para extremidad inferior: índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/dorsal pedia más registro bidireccional de ondas Doppler y análisis en 1-2 niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arteria dorsal pedia más pleismografía de volumen en 1-2 niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arterias dorsales pedias con, medición de tensión de oxígeno transcutánea en 1-2 niveles)	124.03	82.69	82.69	-	12.78
11.964	93923	Estudios fisiológicos no invasivos bilaterales completos de arterias de miembros superiores o inferiores, 3 o más niveles (Ejemplo: para extremidad inferior: índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/dorsal pedia más presión arterial segmentaria con registro bidireccional de ondas Doppler y análisis en 3 o más niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arteria dorsal pedia más pleismografía de volumen en 3 o más niveles, o índices tobillo/braquial en arterias tibial posterior distal y tibial anterior/arterias dorsales pedias mas mediciones segmentarias transcutáneas de tensión de oxígeno en 3 o más niveles) o estudio de nivel único con maniobras funcionales de provocación (Ejemplo: mediciones con pruebas provocativas posturales, o mediciones con hiperemia reactiva)	124.03	82.69	82.69	-	41
11.965	93965	Estudios fisiológicos no invasivos de las venas de las extremidades, estudio bilateral completo (p. ej. análisis de forma de onda Doppler con respuestas a la compresión y otras maniobras, fleboeografía, pletismografía de impedancia)	124.03	82.69	82.69	-	41
11.966	94002	Asistencia y manejo de ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para respiración asistida o controlada; en paciente bajo observación/internamiento, día inicial	470.44	313.63	313.63	-	196.21
11.967	94003	Asistencia y manejo de ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen predefinidos para respiración asistida o controlada; en paciente bajo observación/internamiento, cada día subsiguiente	438.26	292.17	292.17	-	22.39
11.968	94010	Espirometría, incluyendo reporte gráfico, capacidad vital total y por tiempo, mediciones de flujo espiratorio, con o sin ventilación voluntaria máxima	147.38	98.25	98.25	-	52.36
11.969	94620	Prueba de esfuerzo pulmonar; simple (Ejemplo: prueba de caminata de 6 minutos, prueba de ejercicio prolongado para broncoespasmo con espirometría y oximetría previa y posterior)	57.89	38.59	38.59	-	4.22





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.970	94640	Tratamiento por inhalación con o sin presión para tratamiento de obstrucción aguda de las vías aéreas o para estimulación de esputo con fines diagnósticos (Ejemplo: con generador de aerosol, nebulizador, inhalador dosificado, o dispositivo de presión intermitente positiva)	72.87	48.58	48.58	-	16.96
	11.971	94656	Ayuda y manejo de la ventilación, inicio de ventiladores de presión o de volumen prefijados para la respiración asistida o controlada	528.22	352.15	352.15	125.00	15.4
	11.972	94667	Demostración y/o evaluación iniciales de la manipulación de la pared torácica, tal como acopado, percusión y vibración para facilitar la función pulmonar	187.08	124.71	124.71	90.00	3.89
	11.973	94760	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; una sola determinación	31.78	21.19	21.19	-	2.54
	11.974	94761	Oximetría no invasiva de la oreja o de pulso para determinar saturación de oxígeno; múltiples determinaciones (Ejemplo: durante el ejercicio)	44.78	29.85	29.85	-	4.59
	11.975	94799.02	Oxigenoterapia	42.65	28.43	28.43	-	13.94
	11.976	95812	Monitoreo extendido de electroencefalograma (EEG); 41-60 minutos	213.50	142.33	142.33	26.00	N/C
	11.977	95812.04	Monitoreo de electroencefalograma (EEG) de 180 minutos	489.20	328.13	328.13	-	N/C
	11.978	95812.05	Monitoreo de electroencefalograma (EEG) de 4 horas	627.05	418.03	418.03	-	N/C
	11.979	95812.06	Monitoreo de electroencefalograma (EEG) de 6 horas	902.74	601.83	601.83	-	N/C
	11.980	95860	Electromiografía con aguja de una extremidad con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	171.67	114.45	114.45	24.00	N/C
	11.981	95861	Electromiografía con aguja de 2 extremidades con o sin la evaluación de los músculos paravertebrales relacionados	217.64	145.09	145.09	39.00	N/C
	11.982	95900	Estudio de conducción, amplitud y latencia/velocidad nerviosos	85.88	57.25	57.25	8.00	N/C
	11.983	95904	Estudio de velocidad, amplitud y latencia de conducción nerviosa, nervio sensitivo	85.88	57.25	57.25	6.00	N/C
	11.984	95930	Pruebas del sistema nervioso central mediante potenciales evocados visuales (VEP), tablero cuadriculado o destello	248.24	165.49	165.49	6.00	N/C
	11.985	96008	Análisis postural estático	24.73	16.49	16.49	-	4.49
	11.986	96100	Evaluación psicológica; incluye evaluación psicodiagnóstica de personalidad, psicopatología, emocionalidad, habilidades intelectuales (p. ej., WAIS-R, Rorschach, MMPI)	81.91	54.61	54.61	-	5.73
	11.987	96100.05	Terapia de rehabilitación del deterioro cognitivo	91.83	61.22	61.22	-	6.65
	11.988	96110	Tamizaje de desarrollo, con interpretación y reporte, por formato de instrumento estandarizado	170.09	113.40	113.40	-	1.85
	11.989	96111	Pruebas de Desarrollo (incluye evaluaciones del funcionamiento motor, del lenguaje, social, adaptativo, y/o cognitivo mediante instrumentos de desarrollo estandarizados) con interpretación y reporte	103.70	69.13	69.13	-	3.39
	11.990	96115	Examen de estado neuroconductivo (evaluación clínica del pensamiento, razonamiento, criterio, p. ej. conocimiento adquirido, atención, memoria, habilidades visuales espaciales, funciones de lenguaje, planificación)	103.70	69.13	69.13	-	10.7





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.991	96118		Pruebas neuropsicológicas (p. ej. Batería neuropsicológica Helstead-Reitan, escalas de memoria de Weschler y prueba de ordenamiento de cartas de Wisconsin); por hora del psicólogo o del médico, tanto en contacto cara a cara con el paciente para la administración de las pruebas al paciente, como por el tiempo interpretación de los resultados de la prueba y de preparación de reporte	101.66	67.77	67.77	-	5.14
11.992	96150		Evaluación de salud y comportamiento (Ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial	61.97	41.31	41.31	-	5.01
11.993	96150.01		Tamizaje de salud mental en violencia	60.62	40.35	40.35	-	5.37
11.994	96150.02		Tamizaje de salud mental en alcohol y drogas	60.62	40.35	40.35	-	5.37
11.995	96150.03		Tamizaje de salud mental en trastornos depresivos	60.62	40.35	40.35	-	5.37
11.996	96150.04		Tamizaje de salud mental en psicosis	60.62	40.35	40.35	-	5.37
11.997	96150.05		Tamizaje de salud mental en habilidades sociales	60.62	40.35	40.35	-	5.37
11.998	96154		Intervención en salud y comportamiento, por cada 15 minutos, de contacto cara a cara; familia (con el paciente presente)	69.69	46.46	46.46	-	5.81
11.999	96361		Infusión intravenosa, hidratación; inicial, cada hora adicional (registrar por separado además del código para el procedimiento principal)	120.78	80.52	80.52	-	61.66
11.1000	96365		Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar la sustancia o medicamento); inicial, hasta 1 hora	120.78	80.52	80.52	-	61.66
11.1001	96366		Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar la sustancia o medicamento); inicial, cada hora adicional (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	151.84	101.23	101.23	-	8.23
11.1002	96367		Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); Infusión secuencial adicional, hasta 1 hora (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	120.78	80.52	80.52	-	61.66
11.1003	96368		Infusión intravenosa, para terapia, profilaxis o diagnóstico (especificar sustancia o medicamento); Infusión concurrente (registrar por separado además del código del procedimiento principal)	120.78	80.52	80.52	-	61.66
11.1004	96372		Inyección terapéutica, profiláctica o diagnóstica (especificar sustancia o medicamento); subcutánea o intramuscular	30.34	20.23	20.23	-	5.74
11.1005	96379		Inyección o infusión intraarterial o intravenosa terapéutica, profiláctica o diagnóstica no mencionada	30.34	20.23	20.23	-	5.74
11.1006	96905		Fototerapia - actinoterapia (luz ultravioleta)	73.43	48.95	48.95	-	7.84
11.1007	97001		Evaluación de terapia física	51.34	34.23	34.23	-	2.04
11.1008	97002		Reevaluación de terapia física	51.34	34.23	34.23	-	13.27
11.1009	97003		Evaluación de terapia ocupacional	87.99	58.66	58.66	-	8.82
11.1010	97004		Re-evaluación de terapia ocupacional	66.70	44.47	44.47	-	7.51
11.1011	97005		Evaluación del entrenamiento atlético	40.31	26.88	26.88	-	4.69
11.1012			Evaluación del tono muscular	40.31	26.88	26.88	-	4.69
11.1013	1006.04		Aplicación de férulas y ortesis simples	85.53	57.02	57.02	-	27.12
11.1014			Aplicación de tanque Whirlpool (incluye procedimiento terapéutico); hidroterapia en tanque de Whirlpool (MMII) por sesión	47.24	31.49	31.49	-	2.66



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.1015	97008		Terapia del complejo orofacial/sesion	63.79	42.53	42.53	-	13.27
	11.1016	97009	Terapia de lenguaje/sesion	56.90	37.94	37.94	-	N/C
	11.1017	97010	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; compresas calientes o frias	73.18	48.78	48.78	-	4.08
	11.1018	97012.01	Terapia para mejorar tono muscular para la succión en RN	53.18	35.45	35.45	-	13.27
	11.1019	97026	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; rayos infrarrojos	73.08	48.72	48.72	-	3.24
	11.1020	97028	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; luz ultravioleta	72.79	48.53	48.53	-	3.24
	11.1021	97032	Aplicación de modalidad de terapia física a 1 o más áreas; estimulación eléctrica (manual), cada 15 minutos	80.16	53.44	53.44	-	13.27
	11.1022	97039	Modalidad que no aparece en la lista (especifique el tipo y la duración si el paciente es atendido en forma constante). Ej: Revisión de ortéticos/calzados ortopédico	39.64	26.43	26.43	-	3.64
	11.1023	97110	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; ejercicios terapéuticos para desarrollar fuerza, resistencia, gama de movimiento or flexibilidad	31.34	20.89	20.89	-	4.16
	11.1024	97112	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; reeducación neuromuscular del movimiento, equilibrio, coordinación, sentido kinestésico, postura y propiocepción para actividades en posición de pie y/o sentado	73.28	48.85	48.85	-	2.56
	11.1025	97116	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; entrenamiento de la marcha (Incluyendo subir escaleras)	75.83	50.56	50.56	-	N/C
	11.1026	97124	Procedimiento terapéutico, 1 o más áreas, cada 15 minutos; masaje, incluyendo frotamiento (Effleurage), compresión (Petrissage), percusión	77.46	51.64	51.64	-	13.27
	11.1027	97139.01	Fisioterapia de suelo pélvico	50.67	33.78	33.78	-	3.92
	11.1028	97521	Prueba para la evaluación de la fuerza (fuerza máxima, resistencia muscular)	39.86	26.44	26.44	-	3.89
	11.1029	97522	Prueba para la evaluación de la flexibilidad	39.65	26.43	26.43	-	3.89
	11.1030	97525	Prueba para la evaluación de la cualidades físicas no especificado (p.ej., acelerómetro, etc.)	31.22	20.81	20.81	-	3.89
11.1031	97527		Prueba de evaluación de antropometría (biompedancia)	29.28	19.52	19.52	-	4.42
	11.1032	97530	Actividades terapéuticas, contacto directo (uno a uno) entre el paciente y la persona encargada (uso de actividades dinámicas para mejorar el rendimiento funcional), cada 15 minutos	50.68	33.79	33.79	-	3.89
	11.1033	97532	Desarrollo de habilidades cognitivas para mejorar la atención, memoria, resolución de problemas, (Incluye entrenamiento compensatorio), contacto directo con el paciente (cara a cara), cada 15 minutos	86.13	57.42	57.42	-	1.76
	11.1034	97533	Técnicas de integración sensorial para mejorar el procesamiento sensorial y promover la respuesta adaptativa a las demandas del ambiente, contacto directo con el paciente (cara a cara), cada 15 minutos	63.40	42.27	42.27	-	3.89
11.1035	97535		Entrenamiento para auto-cuidado y manejo en el hogar (Ejemplo: actividades cotidianas (ADL)) y entrenamiento compensatorio, preparación de comidas, procedimientos de seguridad, e instrucciones para usar dispositivos /equipos de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos	75.94	50.63	50.63	-	N/C
11.1036			Terapia ocupacional grupal	85.95	57.30	57.30	-	8.62





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.1037	97537		Entrenamiento para la reintegración a la comunidad y al trabajo (Ejemplo: compras, transporte, manejo de dinero, actividades y/o trabajo no vocacionales, análisis del entorno y su modificación, análisis de las tareas del trabajo, uso de dispositivos tecnológicos /equipo de adaptación empleados para la asistencia), contacto directo uno a uno, cada 15 minutos	78.17	62.12	62.12	-	13.27
11.1038	97537.01		Rehabilitación profesional: Entrenamiento para la inserción laboral	88.10	58.73	58.73	-	13.27
11.1039	97537.02		Entrenamiento para la inserción/reinserción social	88.10	58.73	58.73	-	13.27
11.1040	97703		Revisión final para el uso de dispositivos ortóticos/protésicos, paciente establecido, cada 15 minutos	34.31	22.88	22.88	-	3.64
11.1041	97750		Prueba o medición del rendimiento físico (p. ej. musculoesquelético, capacidad funcional), con reporte escrito, cada 15 minutos	52.04	34.70	34.70	-	6.84
11.1042	97755		Evaluación de la tecnología de asistencia (Ejemplo: para restaurar, aumentar o compensar las actuales funciones, optimizar las tareas funcionales y/o maximizar la accesibilidad al entorno), contacto directo uno-a-uno con el proveedor, con el informe escrito, cada 15 minutos	55.15	36.77	36.77	-	7.51
11.1043	97770		Terapia de aprendizaje	70.02	46.68	46.68	-	8.62
11.1044	97785		Desgatillamiento muscular	84.43	56.29	56.29	-	N/C
11.1045	97787		Terapia física del dolor	60.40	40.27	40.27	-	3.94
11.1046	97799		Servicio o procedimiento de medicina física/rehabilitación no listado	74.40	49.60	49.60	-	4.16
11.1047	97799.01		Fisioterapia respiratoria	49.73	33.15	33.15	-	8.17
11.1048	97799.02		Fisioterapia cardiovascular	49.72	33.15	33.15	-	3.89
11.1049	97810		Acupuntura, una o más agujas; sin estimulación eléctrica, 15 minutos Iniciales de contacto personal uno a uno con el paciente	77.53	51.69	51.69	-	4.72
11.1050	98960		Educación y entrenamiento para la autosuficiencia del paciente realizado por un profesional de la salud no médico calificado, usando un plan de trabajo, cara a cara con el paciente (podría incluir cuidador/familiar), cada 30 minutos; paciente individual	51.47	34.31	34.31	-	6.52
11.1051	98966		Evaluación telefónica y gestión de los servicios prestados por personal profesional de salud no médico calificado a un paciente conocido, padre, o tutor, pero que no se origina en un servicio de evaluación y manejo proporcionado en los 7 días previos, ni que conduce a un servicio de evaluación y manejo dentro de las 24 horas siguientes o en la cita mas prontamente disponible; 5-10 minutos de discusión médica	55.36	36.91	36.91	-	2.67
11.1052	U0901		Laserterapia	51.53	34.35	34.35	-	N/C
11.1053	U0908		Bioenergética	50.20	33.47	33.47	-	-
11.1054	99000		Manejo y/o transporte de una muestra trasladada desde el consultorio médico a un laboratorio	146.15	97.43	97.43	-	25.84
11.1055			Manejo y/o transporte de una muestra trasladada desde un lugar que no es el consultorio médico, a un laboratorio (se puede indicar la distancia)	146.15	97.43	97.43	-	25.84
11.1056			Prueba de agudeza visual, cuantitativa, bilateral	44.43	29.62	29.62	-	3.68



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.1057	99188.01	Colocación de sonda orogástrica/nasogástrica	120.65	80.44	80.44	-	12.36
	11.1058	99193	Infiltración intraarticulares mayores	119.26	79.51	79.51	-	N/C
	11.1059	99194	Infiltración intraarticulares menores	96.97	64.65	64.65	-	22.29
	11.1060	99195	Flebotomía terapéutica (procedimiento separado)	50.26	33.51	33.51	-	28.79
	11.1061	99199.01	Riesgo quirúrgico	66.55	44.37	44.37	-	6.4
	11.1062	99199.08	Seguimiento clínico y bacteriológico mensual de la persona hasta el término de tratamiento según esquema	42.60	28.40	28.40	-	6.11
	11.1063	99199.09	Solicitud de exámenes auxiliares: baciloscopías, cultivos, pruebas de sensibilidad rápidas y convencionales, radiología de tórax, PPD	40.01	26.68	26.68	-	3.33
	11.1064	99199.11	Administración de tratamiento	24.77	16.51	16.51	-	3.31
	11.1065	99199.12	Administración de terapia preventiva para tuberculosis (TPTB)	126.73	84.49	84.49	-	67.76
	11.1066	99199.13	Administración de terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC)	47.03	31.36	31.36	-	14.29
	11.1067	99199.14	Administración de tratamiento preventivo/profiláctico para recién nacido, hijo de Madre VIH (+)	127.05	84.70	84.70	-	45.02
	11.1068	99199.15	Lactancia artificial a RN de madre VIH (+)	404.28	269.52	269.52	-	252.8
	11.1069	99199.16	Obtención/toma de muestra para ITS/VIH/HVB	30.57	20.38	20.38	-	8.72
	11.1070	99199.17	Suplementación con hierro	109.73	73.15	73.15	-	46.4
	11.1071	99199.18	Suplementación de ácido fólico	26.66	17.78	17.78	-	5.27
	11.1072	99199.19	Suplementación de multimicronutrientes	42.89	28.59	28.59	-	8.65
	11.1073	99199.2	Entrega de resultados de mamografía	36.24	24.16	24.16	-	2.85
	11.1074	99199.21	Entrega de TAR	28.58	19.06	19.06	-	3.55
	11.1075	99199.22	Tamizaje de la presión arterial	31.59	21.06	21.06	-	5.2
	11.1076	99199.23	Estratificación del riesgo cardiovascular global	50.82	33.88	33.88	-	5.09
	11.1077	99199.26	Suplementación de sulfato ferroso y ácido fólico	30.99	20.66	20.66	-	8.16
	11.1078	99199.27	Suplementación de vitamina A	25.40	16.93	16.93	-	5.15
	11.1079	99199.28	Profilaxis antiparasitaria	27.78	18.52	18.52	-	6.74
	11.1080	99201	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I	50.22	33.48	33.48	-	4.69
	11.1081	99201.01	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I (Evaluación y manejo inicial de daños identificados)	50.22	33.48	33.48	-	4.69
	11.1082	99201.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención I (Diagnóstico precoz de patologías congénitas)	50.22	33.48	33.48	-	4.69
	11.1083	99202	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención II	50.22	33.48	33.48	-	4.69
	11.1084		Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo nivel de atención III	50.22	33.48	33.48	-	10.1
	11.1085		Consulta ambulatoria prolongada para la evaluación y manejo de un paciente hospitalario	91.05	60.70	60.70	-	9.98
	11.1086		Atención de enfermería en I nivel de atención	34.25	22.84	22.84	-	6.11





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
   	11.1087	99205.01	Atención de enfermería en I nivel de atención (administración de tratamiento)	120.77	80.51	80.51	-	56.87
	11.1088	99205.02	Administración de terapia preventiva con Isoniacida (TPI), según normatividad vigente	104.13	69.42	69.42	-	52.7
	11.1089	99205.03	Administración de tratamiento supervisado de TB sensible	30.49	20.33	20.33	-	3.6
	11.1090	99206	Atención de enfermería en II, III nivel de atención	34.25	22.84	22.84	-	2.33
	11.1091	99206.02	Administración de tratamiento supervisado de TB multidrogorresistente	62.19	41.46	41.46	-	3.6
	11.1092	99207	Atención en salud mental	64.54	43.03	43.03	-	2.04
	11.1093	99207.01	Intervención Individual de salud mental	70.88	47.25	47.25	-	5.81
	11.1094	99207.02	Intervención en grupo de salud mental	106.63	71.09	71.09	-	17.66
	11.1095	99207.03	Evaluación clínica	42.06	28.04	28.04	-	4.69
	11.1096	99207.04	Psicoeducación al paciente	45.65	30.43	30.43	-	4.67
	11.1097	99207.05	Identificación de riesgos psicosociales	34.38	22.92	22.92	-	6.11
	11.1098	99208	Atención en planificación familiar y salud reproductiva	59.29	39.53	39.53	-	2.44
	11.1099	99208.01	Administración y uso de métodos anticonceptivos	54.89	36.60	36.60	-	9.73
	11.1100	99208.02	Provisión de preservativos masculino	56.95	37.96	37.96	-	11.1
	11.1101	99208.03	Provisión de lubricantes	52.52	35.02	35.02	-	8.15
	11.1102	99208.04	Administración y uso del método inyectable mensual	56.73	37.82	37.82	-	10.96
	11.1103	99208.05	Administración y uso del método inyectable trimestral	50.36	33.57	33.57	-	6.71
	11.1104	99208.06	Provisión de preservativos femeninos	122.36	81.57	81.57	-	54.71
	11.1105	99208.08	Atención en el método de abstinencia periódica ritmo	47.55	31.70	31.70	-	4.84
	11.1106	99208.09	Atención en el método de abstinencia periódica Billings	47.55	31.70	31.70	-	4.84
	11.1107	99208.1	Atención en el método de los días fijos (MDF)/Collar	47.55	31.70	31.70	-	4.84
	11.1108	99208.11	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/YUZPE	54.21	36.14	36.14	-	9.27
	11.1109	99208.12	Administración y uso de anticonceptivo oral de emergencia/Progestágeno	53.07	35.38	35.38	-	8.52
	11.1110	99208.13	Administración y uso del método oral combinado	51.98	34.65	34.65	-	7.79
	11.1111	99208.14	Evaluación de riesgo reproductivo	50.22	33.48	33.48	-	4.69
	11.1112	99209	Atención en nutrición	40.53	27.02	27.02	-	2.3
	11.1113	99209.01	Evaluación del perímetro abdominal	32.18	21.45	21.45	-	5.04
	11.1114	99209.02	Control y evaluación nutricional (IMC) registro individual	37.47	24.98	24.98	-	5.04
	11.1115	99209.03	Control y evaluación nutricional (evaluación del PAB)	37.47	24.98	24.98	-	5.04
11.1116	99209.04	Evaluación nutricional antropométrica	37.47	24.98	24.98	-	5.04	
11.1117	99210	Atención de servicio social	53.05	35.37	35.37	-	2	
11.1118	99210.01	Seguimiento social	41.57	27.72	27.72	-	4.32	
11.1119	99210.02	Identificar factores de riesgo abandono al tratamiento de TB, VIH y otros	32.80	21.86	21.86	-	5.14	





GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.1120	99211	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I	42.05	28.04	28.04	-	3.46
11.1121	99211.01	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I (control y seguimiento de daños agudos)	42.05	28.04	28.04	-	4.69
11.1122	99211.02	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador, nivel I (control y seguimiento de daños crónicos)	42.05	28.04	28.04	-	4.69
11.1123	99212	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador nivel II	42.05	28.04	28.04	-	4.69
11.1124	99213	Consulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente continuador nivel III	42.05	28.04	28.04	33.00	N/C
11.1125	99214	Evaluación médica	42.05	28.04	28.04	-	3.46
11.1126	99214.01	Evaluación/Reevaluación médica en medicina de rehabilitación	50.22	33.48	33.48	-	4.69
11.1127	99214.06	Evaluación, diagnóstico y manejo clínico de trastornos mentales y del comportamiento	91.53	61.02	61.02	-	5.01
11.1128	99214.07	Evaluación del pie diabético	62.40	41.60	41.60	-	6.82
11.1129	99215	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador	50.22	33.48	33.48	66.00	4.39
11.1130	99215.02	Consulta ambulatoria especializada para la evaluación y manejo de un paciente continuador de rehabilitación	66.65	44.37	44.37	-	4.39
11.1131	99216	Atención en consultorio de enfermería	62.89	41.93	41.93	-	6.11
11.1132	99218	Monitoreo de soporte nutricional/día	36.57	24.38	24.38	-	4.44
11.1133	99221	Cuidados hospitalarios iniciales	661.86	441.24	441.24	-	16.75
11.1134	99231	Atención paciente-día hospitalización continuada	589.49	392.99	392.99	-	16.75
11.1135	99231.02	Atención paciente-día hospitalización especializada continuada en Cardiología	589.49	392.99	392.99	-	44.53
11.1136	99231.11	Atención paciente-día hospitalización especializada continuada en Ginecología	603.28	402.17	402.17	-	53.71
11.1137	99231.15	Atención paciente-día hospitalización especializada continuada que no está especificada	589.49	392.99	392.99	-	N/C
11.1138	99231.16	Atención paciente-día hospitalización continuada en Ginecología y Obstetricia	603.28	402.17	402.17	-	53.71
11.1139	99233	Atención en tópico	51.86	34.57	34.57	-	10.67
11.1140	99236	Atención en sala de Shock Trauma	860.06	573.38	573.38	-	311.85
11.1141	99241	Interconsulta de hospitalización	147.73	98.49	98.49	33.00	4.69
11.1142	99242	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, para diagnóstico	47.16	31.44	31.44	-	4.69
11.1143	99243	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, de gravedad leve	47.16	31.44	31.44	-	4.69
11.1144	99244	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, de gravedad moderada	63.49	42.33	42.33	-	4.69
11.1145	99245	Interconsulta ambulatoria para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador, de gravedad severa	63.49	42.33	42.33	-	4.69
11.1146	99246	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos	50.22	33.48	33.48	-	4.69
11.1147	99246.01	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Pediatría	50.22	33.48	33.48	-	4.69
11.1148	99247	Consulta médica especializada/subespecializada de 20 minutos en Gineco-Obstetricia	50.22	33.48	33.48	-	4.69
11.1149	99247	Consulta médica especializada/subespecializada de 30 minutos	66.55	44.37	44.37	-	4.69
11.1150	99248	Consulta médica especializada/subespecializada de 60 minutos	115.55	77.03	77.03	-	4.69



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.1151	99251		Interconsulta para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador que se encuentra hospitalizado o en un institución donde recibe cuidados para diagnóstico	47.16	31.44	31.44	-	4.69
11.1152	99253		Interconsulta para la evaluación y manejo de un paciente nuevo o continuador que se encuentra hospitalizado o en un institución donde recibe cuidados de gravedad moderada	63.49	42.33	42.33	-	4.69
11.1153	99254		Interconsulta especializada en hospitalización	144.17	96.11	96.11	-	N/C
11.1154	99262		Día paciente en hospitalización general (Incluye admisión y alta)	563.23	375.49	375.49	67.00	56.92
11.1155	99263		Día paciente en hospitalización de cuidados intermedios (Incluye admisión y alta)	1276.47	850.98	850.98	190.00	157.8
11.1156	99293		Atención de hospitalización en unidad de cuidados intensivos pediátricos, día paciente	2126.94	1417.96	1417.96	-	320.43
11.1157	99295		Atención en unidad de cuidados intensivos, día paciente	2126.94	1417.96	1417.96	456.00	74
11.1158	99296		Evaluación y manejo subsecuente por día de un paciente críticamente enfermo de 28 o menos días de edad	2374.17	1582.78	1582.78	-	316.85
11.1159	99299		Monitoreo de soporte ventilatorio invasivo/día	291.11	194.07	194.07	-	29.01
11.1160	99300		Monitoreo de soporte ventilatorio no invasivo/día	1047.85	698.56	698.56	-	3.13
11.1161	99305		Atención paciente-día cuidados intermedios	1723.61	1149.08	1149.08	-	50.68
11.1162	99324		Evaluación y manejo de un paciente nuevo en asilos, casas de reposo, hogares de pacientes de adulto mayor, hogares infantiles, orfanatos, guarderías o similares	117.38	78.26	78.26	-	3.49
11.1163	99342		Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo de moderada severidad	279.01	186.01	186.01	-	12.02
11.1164	99343		Visita médica domiciliar especializada	196.96	131.31	131.31	-	17.65
11.1165	99344		Consulta a domicilio para la evaluación y manejo de un paciente nuevo, de elevada severidad	352.22	234.81	234.81	-	12.02
11.1166	99351		Consulta de atención preventiva de ITS/VIH a población clave	71.90	47.93	47.93	-	4.69
11.1167	99366		Reunión del o los médicos tratantes con el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud (participación de profesional no médicos de la salud), frente a frente con el paciente y/o familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más	404.81	269.88	269.88	-	5.56
11.1168	99367		Junta médica del o los médicos tratantes con el equipo interdisciplinario de profesionales de la salud, (participación de médicos) sin la presencia del paciente y/o familia. La reunión tendrá una duración de 30 minutos o más	200.58	133.72	133.72	-	3.51
11.1169	99381		Atención Integral de Salud del Niño-CRED menor de 1 año	78.26	52.17	52.17	-	2.89
11.1170	99381.01		Atención Integral de Salud del Niño-CRED neonato	78.26	52.17	52.17	-	13.55
11.1171	99382		Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 1 a 4 años	78.26	52.17	52.17	-	2.89
11.1172	99383		Atención Integral de Salud del Niño-CRED de 5 a 11 años	78.26	52.17	52.17	-	2.89
11.1173	99384		Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adolescente (12 a 17 años)	64.97	43.31	43.31	-	2.89
11.1174	99385		Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el joven (18 a 29 años)	66.55	44.37	44.37	-	4.69
11.1175	99385.02		Atención preconcepcional (18 a 39 años)	66.55	44.37	44.37	-	4.69
11.1176	99386		Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto (30 a 59 años)	66.55	44.37	44.37	-	4.69
11.1177	99386.02		Atención preconcepcional (> 40 años)	66.55	44.37	44.37	-	4.69
11.1178	99386.02		Examen clínico de mama	49.38	32.92	32.92	-	5.49



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
	11.1179	99386.04	Examen tacto rectal	49.51	33.01	33.01	-	5.58
	11.1180	99387	Atención inicial y exhaustiva de medicina preventiva para el adulto mayor 60 años	66.85	44.57	44.57	-	4.69
	11.1181	99394	Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adolescente (12 a 17 años)	65.47	43.65	43.65	-	4.69
	11.1182	99396	Reevaluación periódica de medicina preventiva y manejo para el adulto (30 a 59 años)	50.44	33.63	33.63	-	4.69
	11.1183	99411.01	Atención Temprana del Desarrollo. Areas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/Sesión. En menor de 1 año	44.91	29.94	29.94	-	4.77
	11.1184	99411.02	Atención Temprana del Desarrollo. Areas: Lenguaje, motora, de coordinación y social/Sesión. 1 a 4 años	44.91	29.94	29.94	-	4.77
	11.1185	99431	Anamnesis y el examen físico del recién nacido normal	114.12	76.08	76.08	-	14.74
	11.1186	99431.01	Identificación de hipoacusia	67.80	45.20	45.20	-	4.51
	11.1187	99431.02	Identificación de catarata congénita	67.80	45.20	45.20	-	4.51
	11.1188	99433	Evaluación y manejo diario de un recién nacido normal hospitalizado	98.60	65.73	65.73	-	14.74
	11.1189	99436	Atención del recién nacido inmediatamente después del parto	155.84	103.89	103.89	-	32.2
	11.1190	99436.02	Contacto piel a piel del RN con la madre	27.34	18.23	18.23	-	1.92
	11.1191	99442	Transporte asistido de paciente o herido con asistencia médica básica y condiciones especiales para el traslado	318.17	212.12	212.12	-	85.76
	11.1192	99443	Transporte asistido de paciente o herido en estado crítico o de alto riesgo que requieren asistencia médica avanzada durante el traslado	334.44	222.96	222.96	-	79.21
	11.1193	99480	Atención Inicial del recién nacido dada en el hospital o centro materno, para la evaluación y manejo del recién nacido normal	136.72	91.15	91.15	-	5.33
	11.1194	99502	Visita domiciliar para cuidado y evaluación neonatal	229.92	153.28	153.28	-	17.65
	11.1195	99509	Visita domiciliar para la ayuda con actividades de la vida diaria y del cuidado personal	132.64	88.43	88.43	-	3.49
	11.1196	99510	Visita domiciliar para el individuo, la familia ó consejo matrimonial	254.89	169.93	169.93	-	3.49
	11.1197	99562	Nutrición parenteral por día	851.97	567.98	567.98	-	463.88
	11.1198	99600	Servicios o procedimientos en visita domiciliar	92.72	61.81	61.81	-	13.44
	11.1199	99600.01	Búsqueda de contactos en visita domiciliar	116.56	77.71	77.71	-	6.11
	11.1200	99700	Referencia/derivación a E.S. con capacidad resolutoria	97.49	65.00	65.00	-	3.95
	11.1201	99701	Contrareferencia	97.09	64.73	64.73	-	3.95
	11.1202	D0120	Evaluación oral periódica; paciente continuador	55.14	36.76	36.76	-	3.11
	11.1203	D0140	Consulta estomatológica no especializada	55.14	36.76	36.76	19.00	3.11
	11.1204	D0150	Evaluación oral completa	55.14	36.76	36.76	-	3.11
	11.1205	D0160	Consulta estomatológica especializada	55.14	36.76	36.76	-	3.11
	11.1206	D0220	Radiografía intraoral periapical	58.65	39.10	39.10	-	3.11
	11.1207		Radiografía intraoral oclusal	58.65	39.10	39.10	-	3.11
	11.1208		Radiografía bitewing	58.65	39.10	39.10	-	3.11
	11.1209		Profilaxis dental	65.52	43.68	43.68	27.00	4.33



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S		PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.1210	D1206		Aplicación flúor barniz	73.36	48.90	48.90	-	9.56
11.1211	D1208		Aplicación tópica de flúor gel	66.96	44.64	44.64	-	5.29
11.1212	D1310		Asesoría nutricional para el control de enfermedades dentales	42.26	28.18	28.18	-	1.5
11.1213	D1330		Instrucción de higiene oral (IHO)	59.03	39.35	39.35	-	5.71
11.1214	D1351		Aplicación de sellante - por diente	80.71	53.81	53.81	-	13.69
11.1215	D2330		Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	91.91	61.28	61.28	-	17.32
11.1216	D2331		Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	117.71	78.47	78.47	-	24.44
11.1217	D2332		Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias anteriores (primarias o permanentes)	133.31	88.87	88.87	-	29.45
11.1218	D2335		Restauraciones fotocurables de cuatro o más superficies con resina en piezas dentarias anteriores, puede incluir ángulo incisal (primarias o permanentes)	149.50	99.67	99.67	-	29.45
11.1219	D2390		Restauración fotocurable de resina en toda la corona de piezas anteriores (primarias o permanentes)	173.78	115.86	115.86	-	29.45
11.1220	D2391		Restauración fotocurable de una superficie con resina en piezas dentarias posterior (primarias o permanentes)	91.91	61.28	61.28	-	17.32
11.1221	D2392		Restauraciones fotocurables de dos superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)	133.90	89.27	89.27	-	24.44
11.1222	D2393		Restauraciones fotocurables de tres superficies con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)	141.40	94.27	94.27	-	29.45
11.1223	D2394		Restauraciones fotocurables de cuatro superficies o más con resina en piezas dentarias posteriores (primarias o permanentes)	149.50	99.67	99.67	-	29.45
11.1224	D3110		Recubrimiento pulpar directo	94.77	63.18	63.18	37.00	25.67
11.1225	D3120		Recubrimiento pulpar indirecto	94.77	63.18	63.18	-	25.67
11.1226	D3220		Pulpotomía	88.02	58.68	58.68	54.00	14.66
11.1227	D3221		Apertura cameral	84.74	56.50	56.50	54.00	13.84
11.1228	D3222		Pulpotomía parcial para apexogénesis	87.16	58.10	58.10	-	13.56
11.1229	D3230		Pulpectomía anterior dientes deciduo	94.79	63.19	63.19	-	25.67
11.1230	D3240		Pulpectomía posterior diente deciduo	94.79	63.19	63.19	-	25.67
11.1231	D3310		Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores vitales	114.58	76.39	76.39	-	34.72
11.1232	D3320		Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides vitales	122.67	81.78	81.78	-	34.72
11.1233	D3330		Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores vitales	130.77	87.18	87.18	-	34.72
11.1234	D3331		Tratamiento de la obstrucción del conducto radicular, acceso no quirúrgico	166.94	111.29	111.29	-	26.45
11.1235	D3332		Terapia endodóntica incompleta, diente inoperable, sin posibilidad de restauración o fracturado	166.94	111.29	111.29	-	26.45
11.1236	D3333		Reparación de la raíz interna por defectos de perforación	166.94	111.29	111.29	-	26.45
11.1237	D3346		Retratamiento de endodoncia en piezas dentaria anteriores	166.94	111.29	111.29	-	26.45
11.1238			Retratamiento de endodoncia en piezas dentarias bicúspides	166.94	111.29	111.29	-	26.45
11.1239			Retratamiento de endodoncia de piezas dentarias posteriores	166.94	111.29	111.29	-	26.45
11.1240			Exposición visita inicial	87.99	58.66	58.66	-	13.56



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.1241	D3352	Apexificación remplazo de medicación provisional	104.51	69.68	69.68	-	23.86
11.1242	D3353	Apexificación visita final /Apicoformación/ recalificación ~ visita final (Incluye terapia de canal radicular completa - cierre apical/ reparación calcificar de perforaciones, reabsorción de raíz, etc.)	100.16	66.77	66.77	-	21.47
11.1243	D4210	Gingivectomia - gingivoplastia de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes	116.51	77.67	77.67	482.00	24.44
11.1244	D4211	Gingivectomia - gingivoplastia de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante o sextantes	116.51	77.67	77.67	-	24.44
11.1245	D4240	Colgajo periodontal con alisado radicular de 4 a más dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	131.53	87.88	87.88	-	29.39
11.1246	D4241	Colgajo periodontal con alisado radicular de 1 a 3 dientes contiguos o espacios dentales vecinos por cuadrante	131.53	87.88	87.88	-	29.39
11.1247	D4245	Colgajo posicionado apicalmente	131.51	87.67	87.87	-	29.39
11.1248	D4249	Alargamiento clinico de corona	231.03	154.02	154.02	-	23.09
11.1249	D4266	Regeneración tisular guiada - barrera absorbible sin relleno	554.23	369.49	369.49	-	243.02
11.1250	D4267	Regeneración tisular guiada - barrera no absorbible sin relleno	644.23	429.49	429.49	-	303.02
11.1251	D4268	Correcciones post quirúrgicas	231.35	154.24	154.24	-	24.98
11.1252	D4270	Colgajo desplazado de tejido blando	233.71	155.81	155.81	-	25.1
11.1253	D4271	Injerto gingival libre (incluye cirugía de la zona donante)	233.66	155.77	155.77	-	25.07
11.1254	D4273	Injerto de tejido conectivo subepitelial (incluye cirugía de la zona donante)	230.89	153.93	153.93	-	23.09
11.1255	D4274	Cuña distal o proximal (cuando no se realiza en conjunción con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	230.89	153.93	153.93	-	23.09
11.1256	D4275	Aloinjerto de tejido blando	1134.68	756.46	756.46	-	80.85
11.1257	D4320	Ferulización provisional intracoronal	204.21	136.14	136.14	-	25.19
11.1258	D4321	Ferulización provisional extracoronal	203.19	135.48	135.46	-	19.11
11.1259	D4341	Raspado y alisado radicular - cuatro a más dientes por cuadrante	155.47	103.65	103.65	-	29.16
11.1260	D4342	Raspado y alisado radicular de uno a tres dientes por cuadrante	179.79	119.86	119.86	-	29.16
11.1261	D4355	Raspaje dental; destartraje dental	86.19	57.46	57.46	-	4.88
11.1262	D4381	Medicación antimicrobiana de uso local controlada	58.65	39.10	39.10	-	2.45
11.1263	D4910	Mantenimiento periodontal	63.66	42.44	42.44	-	2.96
11.1264	D4999	Procedimiento periodontal no especificado, por informe	50.70	33.80	33.80	-	1.08
11.1265	D7111	Exodoncia, remanente coronal-diente deciduo	84.85	56.57	56.57	-	10.8
11.1266	D7176	Extracción dental simple, un diente	84.88	56.59	56.59	-	10.8
11.1267	D7990	Traqueotomía de emergencia	1014.36	676.24	676.24	-	450.65
11.1268	E1352	Tratamiento restaurador traumático	68.72	45.81	45.81	-	7.49
11.1269	E2395	Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)	80.73	53.82	53.82	-	10.59
11.1270	E2396	Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primaria o permanente)	100.35	66.90	66.90	-	12.87
11.1271	E2397	Restauración fotocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanentes)	111.99	74.66	74.66	-	15.24
11.1272	E2398	Restauración autocurable con ionómero de vidrio en una superficie dentaria (primaria o permanente)	80.73	53.82	53.82	-	10.59



GERESA
GERENCIA REGIONAL
DE SALUD LORETO

TARIFARIO DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y SANITARIOS - 2025

Aprobado Mediante Resolución Directoral N° 149 - 2025-GRL-GRSL/30.03.01

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



COD HSGY	CMP'S	PROCEDIMIENTO	PARTICULAR	SALUDPOL	FOSMAR	SOAT	SIS
11.1273	E2399	Restauración autocurable con ionómero de vidrio en dos superficies dentarias (primarias o permanentes)	100.35	66.90	66.90	-	12.87
11.1274	E2400	Restauración autocurable con ionómero de vidrio en tres superficies dentarias (primarias o permanentes)	111.99	74.66	74.66	-	15.24
11.1275	E3319	Terapia endodóntica en piezas dentarias anteriores no vitales	122.67	81.78	81.78	-	34.72
11.1276	E3321	Terapia endodóntica en piezas dentarias bicúspides no vitales	122.67	81.78	81.78	-	34.72
11.1277	E3322	Terapia endodóntica en piezas dentarias posteriores no vitales	122.67	81.78	81.78	-	34.72
11.1278	E4110	Pulido dental	74.29	49.53	49.53	-	8.18
11.1279	E4120	Raspaje y pulido dental	114.92	76.62	76.62	-	8.18
11.1280	E4130	Curetaje subgingival	159.96	106.64	106.64	-	18.12
11.1281	E4250	Cirugía periodontal receptiva por cuadrante	164.82	109.88	109.88	-	31.29
11.1282	E4251	Cirugía periodontal receptiva por sextante	164.82	109.88	109.88	-	31.29
11.1283	E4252	Regeneración tisular guiada - barrera absorbible con relleno	929.00	619.33	619.33	-	492.95
11.1284	E4253	Regeneración tisular guiada-barrera no absorbible con relleno	1020.90	680.60	680.60	-	554.22
11.1285	E5010	Regeneración ósea	307.59	205.06	205.06	-	23.51
11.1286	E5011	Colgajo desplazado con injerto de tejido conectivo	240.91	160.60	160.60	-	29.99
11.1287	E5012	Injerto óseo	250.30	166.86	166.86	-	32.95
11.1288	C0010	Sesión demostrativa	689.60	459.73	459.73	-	78.02
11.1289	C0011	Visita familiar integral	189.24	126.16	126.16	-	4.69
11.1290	C0011.02	Visita familiar para cuidados esenciales	332.30	221.53	221.53	-	14.46
11.1291	C0011.03	Visita familiar integral de seguimiento de daños agudos	189.24	126.16	126.16	-	14.46
11.1292	C0011.04	Visita familiar integral de seguimiento de daños crónicos	91.43	60.95	60.95	-	8.04
11.1293	C0012	Sesión de Grupo de ayuda mutua	74.39	49.59	49.59	-	11.71
11.1294	C0021	Visita comunitaria integral	317.10	211.40	211.40	-	16.83
11.1295	C0041.01	Vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria	36.87	24.58	24.58	-	7.17
11.1296	C0091	Control epidemiológico	36.87	24.58	24.58	-	7.17
11.1297	C2111.01	Psicoeducación a la familia	71.45	47.63	47.63	-	6.98
11.1298	C3031	Desarrollo de encuentros de participación comunitaria y empoderamiento social	113.79	75.86	75.86	-	22.86
11.1299	C7002.01	Supervisión profesional de intervención realizada por experto comunitario	89.71	59.81	59.81	-	7.17

