

### COTIZACION PROCEDIMIENTOS

De acuerdo con su solicitud, a continuación cotizamos el procedimiento requerido por su usuario.

#### CLÍNICA FARALLONES SA.

|   |   |
|---|---|
| NOMBRE DEL USUARIO (*)                          | LUIS ANGEL ARBOLEDA COIME   |
| IDENTIFICACION DEL USUARIO (*)                  | 13054028  |
| ENTIDAD (*)                                     | ARL SURA (SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA)                           |
| PROCEDIMIENTO, INSUMO Y/O EQUIPO, TRASLADOS (*) | 770301 SECUESTRECTOMIA, DRENAJE, DESBRIDAMIENTO DE RADIO O CUBITO |
| FECHA INICIO (*)                                | 1 de Enero del 2023   |
| FECHA FIN (*)                                   | 31 de Diciembre del 2023  |
| COTIZACION NUMERO (*)                           | MC-15494  |
| FORMA DE PAGO                                   |   |

| DESCRIPCION                      | CAN |                  |
|----------------------------------|-----|------------------|
| DERECHOS DE CLINICA              | 1   | \$404,406        |
| HONORARIO DE CIRUJANO            | 1   | \$194,310        |
| HONORARIO DE ANESTESIOLOGO       | 1   | \$146,880        |
| HONORARIO DE AYUDANTE            | 1   | \$55,080         |
|                                  |     |                  |
| Valor Total de la Cotización (*) |     | <b>\$800,676</b> |

#### Incluye:

|  |
|--|
| Derechos de sala con medicamentos e insumos básicos (Preparación, ropa quirúrgica, Dinamap, monitoria, instrumentadora, Circulante, recuperación). Honorario de cirujano, ayudante y anestesiólogo |
|--|

#### Excluye:

|   |
|---|
| Valoración preanestésica, Hospitalización en habitación, estancia en UCI o cuidados intermedios, transfusiones sanguíneas, nutrición parenteral, ayudas diagnósticas, insumos y materiales diferentes a los descritos. los cuales serán facturados a lo real utilizado en el hallazgo quirúrgico. |
|---|

#### **PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, LA CLINICA SE AJUSTARA A LAS SIGUIENTES CONDICIONES**

El valor cotizado corresponde a un **presupuesto aproximado** y puede variar, En tal evento, la entidad se compromete a expedir las órdenes necesarias según los nuevos requerimientos reportados.

- Por políticas de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, las patologías derivadas de procedimientos que se realicen en nuestra institución, se deben procesar igualmente en la clínica, pues estas forman parte integral de la atención que las origina. Así mismo, los insumos que se requieran para la realización de los procedimientos, serán suministrados exclusivamente por la clínica.
- Estos procedimientos no están incluidos en el Portafolio de Servicios que ofrece la Clínica para el plan POS, por consiguiente, se oferta con liquidación a tarifas institucionales al igual que los procedimientos y requerimientos que se deriven de esta.
- Validez de la oferta: tres meses a partir de la fecha de la presente cotización, salvo insumos que se incrementen por el proveedor

#### **ACEPTACION DE LA OFERTA**

En caso de aceptación de oferta, favor consignar en la Orden explícitamente: "SE ACEPTA COTIZACIÓN No. (Citar número) A TARIFA CLINICA, VALOR OFERTADO (citar valor)". Si

Existe alguna exclusión o valor a cargo del paciente, favor señalarlo claramente en la orden.

Se aclara que este valor NO es un paquete o una tarifa Integral. La cotización es un valor aproximado con el requerimiento realizado por la EPS y lo ordenado por el especialista y puede variar, por (Hallazgos intraoperatorios, procedimientos adicionales, Por exceder el tiempo quirúrgico adicional a lo cotizado, Por exceder las cantidades de insumos cotizados VS los utilizados por el especialista, Cambio de Insumos solicitados por el especialista en el evento quirúrgico), en estos casos la EPS se compromete a generar los ordenamientos adicionales reportados por la Clínica.

Por favor direccionar al usuario a consultorio del especialista una vez genera la autorización para su respectiva programación del procedimiento.

**LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTÁ CONDICIONADA POR LA ACEPTACIÓN DE LOS VALORES (TARIFAS), FORMA DE PAGO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES DEFINIDAS EN LA PRESENTE COTIZACIÓN.**

Atentamente,



**Brenda Díaz Ospina**

Mail: cotizaciones.clinicas@christus.co