

MINISTERIO DE SALUD									
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA									
HOSPITAL II-1 "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA"									
TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA									
SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT	
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO			
		GRUPO A 25%	GRUPO B 50%	GRUPO C 100%					
AMBULANCIA									
AMB/ SERVICIO LOCAL	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00	
AMB/ SERV. PAITA-HOSPITAL SANTA ROSA	75.00	55.00	40.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00	
AMB/ SERV. PAITA-HOSPITAL DE SULLANA	75.00	55.00	40.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00	
AMB/ SERV. PAITA-HOSPITAL REGIONAL	125.00	95.00	65.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	155.00	186.00	
AMB/ SERV. PAITA-HOSPITAL PRIVADO	135.00	100.00	70.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	165.00	198.00	
AMB/ SERV. PAITA-CLINICAS AMBITO DE SULLANA	125.00	95.00	65.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	155.00	186.00	
AMB/ SERV. PAITA-CLINICAS AMBITO DE PIURA	125.00	95.00	65.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	155.00	186.00	
ATENCION EN CONSULTA EXTERNA									
CARDIOLOGIA	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00	
CIRUGIA GENERAL	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00	
GINECOLOGIA	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00	
PSICOLOGIA	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00	
TRAUMATOLOGIA	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00	
NEUROLOGIA	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00	
PEDIATRIA	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00	
MEDICINA GENERAL	10.00	5.00	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00	
ODONTOLOGIA	10.00	5.00	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00	
OBSTETRICIA	10.00	5.00	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00	
NUTRICION	10.00	5.00	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00	
NIÑO SANO (CONTROL)	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO		
NUTRICION (CONTROL)	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO		
PLANIFICACION FAMILIAR PROGRAMA	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO		





TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A 25%	GRUPO B 50 %	GRUPO C 100%				
ATENCION EN EMERGENCIA								
CIRUGIA GENERAL	15.00	10.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	13.00	15.60
GINECOLOGIA	15.00	10.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	13.00	15.60
INTRAVENOSA-CANALIZACION	6.00	4.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	6.00	7.20
MEDICINA GENERAL	7.00	4.00	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	8.00	9.60
PSICOLOGIA	15.00	8.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	13.00	15.60
OBSTETRICIA	10.00	4.00	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	8.00	9.60
PEDIATRIA	15.00	8.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	13.00	15.60
TRAUMATOLOGIA	15.00	8.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	13.00	15.60
SALA DE OBSERV. PEDIAT. P/DIA O FRAC	20.00	12.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	18.00	21.60
SALA DE OBSERV ADULTO P/DIA O FRAC	30.00	20.00	13.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	28.00	33.60
SALA DE OBSERV.PEDIAT EMERG MAY 12 HORAS	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
SALA DE OBSERV ADULTO EMERG MAY 12 HORAS	25.00	17.00	12.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	23.00	27.60
SALA DE OBSERV PEDIAT EMERG MENOR 12 HORAS	15.00	8.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	13.00	15.60
SALA DE OBSERV ADULTO EMERG MENOR 12 HORAS	20.00	12.00	9.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	18.00	21.60
CARDIOLOGIA								
RIESGO QUIRURGICO	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
ELECTROCARDIOGRAMA	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
EKG+EX.MEDICO+INFORME+INTERPRETACION	85.00	65.00	45.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	100.00	120.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
ECOGRAFIA								
ECOGRAFIA ABDOMINAL	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
ECO (NO OBSTETRICA) PELVICA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
ECOGRAFIA OBSTETRICA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
ECOGRAFIA TRANSVAGINAL	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	45.00	54.00
HOSPITALIZACION								
HOSP/MEDICINA X DIA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
HOSP/CIRUGIA X DIA	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
HOSP/TRAUMATOLOGIA X DIA	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
HOSP/PEDIATRIA X DIA	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
HOSP/GINECOLOGIA X DIA	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
HOSP/NEO INCUBADORA X DIA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
HOSP/OBSTETRICIA X DIA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
INTERVENCION QUIRURGICA DE CIRUGIA								
APENDICECTOMIA	205.00	155.00	105.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	255.00	306.00
CAMBIO DE DRESING Y CURACIONES BAJO ANESTESIA	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
CAUTERIZACION GENERAL	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
COLECISTECTOMIA (VESICULAR)	255.00	190.00	130.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	305.00	366.00
DEBRIDAMIENTO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO	85.00	65.00	45.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	95.00	114.00
DEBRIDAMIENTO DE PIEL INFECTADA O EXZEMAS EXTENSOS	105.00	80.00	55.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	125.00	150.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
INTERVENCION QUIRURGICA DE CIRUGIA								
EVENTROPLASTIA	205.00	155.00	105.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	255.00	306.00
EXCISION DE UÑA PARCIAL O COMPLETA	20.00	12.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO EN MUSCULO O VAINA TENDINOSA	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
EXTIRPACION DE CUERPO EXTRAÑO.DRENAJE DE ABSCESO,QUISTE,HEMATOMA S/COMPLETO	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
FISTULECTOMIA	105.00	80.00	55.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	125.00	150.00
HEMORROIDECTOMIA	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
HERNIOPLASTIA INGUINAL	205.00	155.00	105.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	255.00	306.00
HERNIOPLASTIA UMBILICAL	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
INCISION Y RETIRO DE CUERPO EXTRAÑO DE TCSC	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
INCISION Y DRENAJE ABSCESOS (PIEL Y TCSC)	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
LIMPIEZA QUIRURGICA MENOR	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
LIMPIEZA QUIRURGICA O CURA QUIRURGICA	105.00	80.00	55.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	125.00	150.00
SUTURA SIMPLE HERIDA SUPERF.MAYOR A 10 CM	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
SUTURA SIMPLE HERIDA SUPERF.MENOR A 10 CM	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
INTERVENCION QUIRURGICA DE GINECO-OBSTETRICIA								
CONTROL DE LA GESTANTE(ADOLESCENTE Y ADULTA)	10.00	5.00	2500.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
OBSERVACION GESTANTE X DIA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A 75%	GRUPO B 50%	GRUPO C 100%				
INTERVENCION QUIRURGICA DE GINECO-OBSTETRICIA								
ABSCESO DE BARTHOLINO (EN CONSULTA EXTERNA)	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
ATENCION OBSTETRICA DE RUTINA:PRE PARTO,PARTO VAGINAL(C/EPISIOTOMIA Y/O FORCEPS) Y POST PARTO	205.00	155.00	105.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	255.00	306.00
ATENCION OBSTETRICA DE RUTINA:PRE PARTO,PARTO POR CESAREA Y POST PARTO	365.00	275.00	185.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	405.00	486.00
CAUTERIZACION VAGINAL	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
CAUTERIZACION CERVIX	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
CESAREA	405.00	305.00	205.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	455.00	546.00
CESAREA MAS HISTERECTOMIA	455.00	340.00	230.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	505.00	606.00
CURACION POS OPERACIÓN AMPLIA	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
CURACION POS OPERACIÓN SIMPLE	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
LEGRADO UTERINO	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
LEGRADO POST PARTO	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
LIGADURA DE TROMPAS	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	
PARTO NORMAL MULTIPARA	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
PARTO NORMAL PRIMIGESTA	85.00	65.00	45.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	95.00	114.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
INTERVENCION QUIRURGICA TRAUMATOLOGIA								
APLICACIÓN YESO CORTO BRAZO O PIERNA (BOTA)	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
APLICACIÓN YESO HOMBRO-CADERA	75.00	55.00	40.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00
APLICACIÓN YESO MANO-ANTEBRAZO,CLAVICULA	75.00	55.00	40.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00
APLICACIÓN YESO HOMBRO-MANO	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
APLICACIÓN FERULA BRAZO O PIERNA CORTA	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
APLICACIÓN FERULA BRAZO O PIERNA LARGA	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
APLICACIÓN YESO LARGO PIERNA (MUSLO,TOBILLO)	85.00	65.00	45.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00
CORSE DE YESO	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
ENYESADO EN FIGURA DE OCHO	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
FERULA BRAZO ANTEBRAZO	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
FERULA PIERNA Y PIE	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
FERULA YESO MUSLO PEDIO	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
INFILTRACION ARTICULAR	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
OSTEOCENTESIS FRACC PIERNA TIBIA PERONE	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
OSTEOCENTESIS ANTEBRAZO	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
OSTEOCENTESIS DE TOBILLO	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
OSTEOCENTESIS DE MUÑECA Y MANO	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
REDUCC. INCRUENTA FRACT FEMUR (NIÑO)	85.00	65.00	45.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00
REDUCC.+FRACT MESETA TIBIAL	255.00	190.00	130.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	285.00	342.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
INTERVENCION QUIRURGICA TRAUMATOLOGIA								
REDUCC+FRACTURA DEL HOMOPLATO	205.00	155.00	105.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	255.00	306.00
REDUCC+FRACTURA DEL ESCAFOIDES	155.00	115.00	80.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	185.00	222.00
REDUCC+FRACTURA HUESO TARSO	135.00	100.00	70.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	155.00	186.00
REDUCC+OSTEOSINTESIS FRACTURA CADERA	355.00	265.00	180.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	405.00	486.00
REDUCC+OSTEOSINTESIS OLECRANON	185.00	140.00	95.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	225.00	270.00
REDUCC. INCRUENTA LUXACION DE CADERA	105.00	80.00	55.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	125.00	150.00
REDUCC. INCRUENTA LUXACION DE HOMBROS	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
REDUCC. INCRUENTA LUXACION + YESO CODO	75.00	55.00	40.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00
REDUCC. INCRUENTA LUXACION + YESO TOBILLO	75.00	55.00	40.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	105.00	126.00
REDUCC. INCRUENTA FRACTURA ROTULA	105.00	80.00	55.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	125.00	150.00
REDUCC. OSTEOSINTESIS CLAVICULA	105.00	80.00	55.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	125.00	150.00
REMOCION DE YESO	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
RETIRO YESO BRAQUIOMANUAL	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
RETIRO YESO EN OCHO	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
RETIRO YESO MUSLO PEDIO	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
RETIRO YESO MUSLO PIERNA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
TENORRAFIA DE DEDOS	105.00	80.00	55.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	125.00	150.00
TENORRAFIA TALON DE AQUILES	135.00	100.00	70.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	155.00	186.00
TRACCION CUTANEA CADERA	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
INTERVENCION QUIRURGICA TRAUMATOLOGIA								
TRACCION CUTANEA CADERA	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
YESO BOTA PIERNA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
YESO EN OCHO ADULTOS	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
YESO EN OCHO NIÑOS	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
YESO GUANTE	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
YESO MUSLO PEDIO	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
LABORATORIO								
PERFIL LIPIDICO (Colesterol,Trigliceridos,HDL,LDL)	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
PERFIL DE COAGULACION(Tiempo de coagulacion,Tiempo de sangria, recuento de plaquetas, Tiempo de Protombina,Tiempo de fibrinogenos,Tiempo de Protombina parcial activada	30.00	25.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
PERFIL REUMATOLOGICO(Aso,PCR,Factor Reumatoideo,VSG.)	40.00	30.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	50.00	60.00
PERFIL HEPATICO(Proteinas Totales y fraccionadas,Bilirrubinas Totales Directas e indirectas,TGO,TGP,Fosfatasa Alcalina)	42.00	30.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	50.00	60.00
PERFIL RENAL (Orina completa,urea, creatinina,acido urico)	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA

HOSPITAL II-1 "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA"



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
LABORATORIO								
Examen completo de orina	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Test de embarazo en orina	10.00	7.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
PROTEINURIA en 24 horas	15.00	9.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Bilirrubina total	10.00	8.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Bilirrubina fraccionada	10.00	8.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Colesterol total, en suero o sangre total	10.00	7.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Creatinina en sangre	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Glucosa cuantitativa en sangre	10.00	7.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Glucosa (tira reactiva)	5.00	5.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	6.00	7.20
hemoglobina	7.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	9.00	10.80
HDL colesterol	8.00	7.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
LDL colesterol	8.00	7.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Fosfatasa alcalina	7.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Proteínas totales	15.00	12.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	16.00	19.20
TGO transaminasa glutámico oxalacética	10.00	7.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
TGP transaminasa glutámico pirúvica	10.00	7.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Triglicéridos	17.00	12.00	9.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
Urea	6.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Acido úrico	8.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Tiempo de coagulación y sangría	10.00	8.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
LABORATORIO								
Hemograma Completo	20.00	12.80	8.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
Hematocrito	7.00	4.20	2.80	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Hemograma simple	8.00	4.50	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Recuento de reticulocitos	7.00	3.75	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Recuento automatizado de leucocitos	8.00	4.50	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Eosinófilo, recuento de	7.00	3.75	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Extendido de sangre periférica	10.00	6.00	4.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Retracción de coágulo	7.00	3.75	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Proteína C(PCR)	10.00	5.30	3.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Recuento de plaquetas	10.00	6.00	4.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Tiempo de protrombina	7.00	3.75	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Velocidad de Sedimentación Globular(VSG)	6.00	3.00	2.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Tiempo parcial de tromboplastina	7.00	3.75	2.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Proteína C reactiva	9.00	5.30	3.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
ELISA o prueba rápida para HIV-1 y HIV-2	28.00	18.00	12.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
Grupo Sanguíneo Y FACTOR RH	10.00	5.30	3.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Baciloscopia: BK	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	
Test de Graham	10.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Examen de parásitos y huevos por frotis directo (3 muestras)	15.00	10.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
LABORATORIO								
Examen de HECES	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
REACCION INFLAMATORIA EN HECES	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
PRUEBA DE HELECHO	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
VDRL	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Gota Gruesa	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	GRATUITO	
ATENCION ESTOMATOLOGICA								
Consulta estomatológica no especializada	10.00	5.00	2500.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Fisioterapia estomatológica	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
Examen estomatológico	15.00	12.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	17.00	20.40
Consulta estomatológica especializada	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Radiografía intraoral periapical	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Radiografía intraoral oclusal	15.00	12.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	16.00	19.20
Radiografía extraoral panorámica	15.00	12.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	16.00	19.20
Radiografía intraoral de mordida	15.00	12.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	16.00	19.20
Radiografía PERIAPICAL NIÑO	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Radiografía PERIAPICAL ADULTO	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
Profilaxis	27.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
Aplicación de sellante por pieza dentaria	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00



TARIFARIO DEL II-1 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
ATENCION ESTOMATOLOGICA								
Restauración de diente decidual, una superficie, amalgama	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Restauración de diente decidual, dos superficies, amalgama	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Restauración de una superficie, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (simple)	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Restauración de dos superficies, con amalgama de plata, en piezas dentarias permanentes (compuesta)	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Restauración de diente con resina, dos superficies anteriores	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Restauración de diente con resina, una superficie, posterior, permanente	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Restauración de diente con resina, dos superficies, posterior, permanente	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Pulpectomía	27.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
Pulpectomía anterior; diente deciduo	30.00	24.00	17.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Gingivectomía	35.00	27.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Destartraje	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Extracción dental simple	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
Técnica de restauración atraumática	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
ATENCION EN PSICOLOGIA								
CONSULTA EXTERNA	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15	18.00
CONSULTA EMERGENCIA	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15	18.00
INFORME PSICOLOGICO	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	16	19.20
PSICOTERAPIA DE APOYO	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
PSICOTERAPIA DE PAREJA	10.00	8.00	6.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
TERAPIA DE APRENDIZAJE	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
TERAPIA DE LENGUAJE	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
TERAPIA DE MODIFICACION DE CONDUCTA	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
ATENCION EN RAYOS X ADULTO								
Examen radiológico parcial de mandíbula	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico parcial de mastoides	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico parcial de huesos faciales	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico completo de huesos nasales	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen completo de órbitas	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico completo de senos paranasales	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de silla turca	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Radiografía de cráneo; 2 PLACAS placas	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Radiografía dental panorámica	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico de articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada; unilateral	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico, cuello, tejidos blandos	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
ATENCIÓN EN RAYOS X ADULTO								
Examen radiológico, tórax; vista única, frontal.	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Examen radiológico, tórax, frontal y lateral	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
Radiografía de decúbito lateral con rayo horizontal	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Examen radiológico de parrilla costal	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Examen radiológico de esternón, mínimo de dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico de columna cervical, 2 incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de columna cervical; mínimo de cuatro incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
Examen radiológico de columna vertebral DORSAL, dos incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
Examen radiológico de columna DORSAL, mínimo de cuatro incidencias	125.00	95.00	65.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	155.00	186.00
Examen radiológico de columna lumbar (2 vistas)	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de columna lumbosacra (2 a vistas)	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico de pelvis; una incidencias	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Examen radiológico de pelvis; dos incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
Examen radiológico, articulaciones sacroilíacas; tres incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
Examen radiológico de clavícula, completa	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
ATENCION EN RAYOS X ADULTOS								
Examen radiológico de escápula, completo	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
Examen radiológico de hombro, una vista	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico de hombro, 2 incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de húmero, dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico de codo; dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de antebrazo, dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico de muñeca; dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de mano, mínimo dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de dedos de manos, mínimo dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico, cadera, de dos vistas	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico bilateral de cadera, mínimo dos incidencias de cada cadera	125.00	95.00	65.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	155.00	186.00
Radiografía de fémur, dos incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
Examen radiológico de rodilla, dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Radiografía de tibia y peroné, dos incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00
Examen radiológico de tobillo, 2 incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de pie completo, mínimo dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico de abdomen AP	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
ATENCIÓN EN RAYOS X NIÑOS								
Examen radiológico parcial de mandíbula	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
Examen radiológico parcial de mastoides	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico parcial de huesos faciales	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico completo de huesos nasales	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen completo de órbitas	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico completo de senos paranasales	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de silla turca	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
Radiografía de cráneo; 2 placas	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Radiografía dental panorámica	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico de articulación temporomandibular, boca abierta y cerrada; unilateral	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico, cuello, tejidos blandos	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico, tórax; vista única, frontal.	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
Examen radiológico, tórax, frontal y lateral	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Radiografía de decúbito lateral con rayo horizontal	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico de parrilla costal	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
Examen radiológico de esternón, mínimo de dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de columna cervical, 2 incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00

MINISTERIO DE SALUD									
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA									
HOSPITAL II-1 "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA"									
TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA									
SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS					USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS	SIS SEMI			
	PRINCIPAL	GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C	SUBSIDIADO	SUBSIDIADO			
ATENCION EN RAYOS X NIÑOS									
Examen radiológico de columna cervical; mínimo de cuatro incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00	
Examen radiológico de columna vertebral DORSAL, dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00	
Examen radiológico de columna DORSAL, mínimo de cuatro incidencias	205.00	155.00	105.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	225.00	270.00	
Examen radiológico de columna lumbar (2 vistas)	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00	
Examen radiológico de columna lumbosacra (2 a vistas)	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00	
Examen radiológico de pelvis; una incidencias	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00	
Examen radiológico de pelvis; dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00	
Examen radiológico, articulaciones sacroilíacas; tres incidencias	65.00	50.00	35.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	75.00	90.00	
Examen radiológico de clavícula, completa	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00	
Examen radiológico de escápula, completo	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00	
Examen radiológico de hombro, una vista	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00	
Examen radiológico de hombro, 2 incidencias	35.00	25.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00	
Examen radiológico de húmero, dos incidencias	55.00	40.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00	
Examen radiológico de codo; dos incidencias	35.00	25.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00	
Examen radiológico de antebrazo, dos incidencias	55.00	40.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00	
Examen radiológico de muñeca; dos incidencias	35.00	25.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00	





TARIFARIO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
ATENCION EN RAYOS X NIÑOS								
Examen radiológico de mano, mínimo dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de dedos de manos, mínimo dos incidencias	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Examen radiológico, cadera, de dos vistas	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico bilateral de cadera, mínimo dos incidencias de cada cadera	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Radiografía de fémur, dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico de rodilla, dos incidencias	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Radiografía de tibia y peroné, dos incidencias	55.00	40.00	30.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	65.00	78.00
Examen radiológico de tobillo, 2 incidencias	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	40.00	48.00
Examen radiológico de pie completo, mínimo dos incidencias	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	55.00	66.00
Examen radiológico de abdomen AP	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
SALA DE OPERACIONES								
SALA DE RECUPERACION	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
TOPICO DE EMERGENCIA								
CATETERISMO VESICAL(PUESTA DE SONDA)	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CIRUGIA MENOR DE 5 PUNTOS	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CIRUGIA MAYOR DE 5 PUNTOS	15.00	12.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	17.00	20.40



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
TOPICO DE EMERGENCIA								
CURACION AMPLIA	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
CURACION SIMPLE	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
DEBRIDACION DE ABCESO	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
E.K.G	30.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
EXTRACCION DE UÑA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
EXTRACCION DE PUNTOS	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
VENOCLISIS/CANALIZACION	7.00	5.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	7.00	8.40
INYECCION EV	5.00	3.00	2.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	6.00	7.20
INYECCION TERAPEUTICA SC.IM	4.00	2.00	1.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	4.00	4.80
LAVADO DE OIDOS	7.00	4.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	8.00	9.60
LAVADO DE OJOS	7.00	4.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	8.00	9.60
LAVADO GASTRICO	20.00	13.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	22.00	26.40
NEBULIZACION (MAQUINA NEBULIZADORA) UNID.	5.00	3.00	2.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	7.00	8.40
NEBULIZACION CON OXIGENO UNID.	8.00	4.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	8.00	9.60
OXIGENO POR LITRO(SEGÚN CONSUMO)	0.50	0.05	0.03	0.00	GRATUITO	GRATUITO	0.10	0.12
TOMA DE PRESION ARTERIAL	3.00	2.00	1.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	3.00	3.60
QUEMADURA AMPLIA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
QUEMADURA MEDIANA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
QUEMADURA PEQUEÑA	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
TAPONAMIENTO NASAL	10.00	5.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	8.00	9.60
VENDAJE	4.00	2.00	1.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	4.00	4.80



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
TOPICO DE CIRUGIA								
CATERERISMO VESICAL(PUESTA DE SONDA)	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CIRUGIA MENOR DE 5 PUNTOS	10.00	5.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CIRUGIA MAYOR DE 5 PUNTOS	15.00	12.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
CURACION AMPLIA	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
CURACION SIMPLE	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
DEBRIDACION DE ABCESO	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	10.00	5.00	4.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
EXTRACCION DE UÑA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
QUEMADURA AMPLIA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
QUEMADURA MEDIANA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
QUEMADURA PEQUEÑA	15.00	10.00	8.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
RETIRO DE PUNTOS	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
TOPICO DE TRAUMATOLOGIA								
CURACION SIMPLE	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CIRUGIA MENOR(LIMPIEZA)	45.00	35.00	25.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	50.00	60.00
DEBRIDACION DE HEMATOMA	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
FERULA YESO MUSLO MEDIO	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
FERULA BRAZO ANTEBRAZO	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
FERULA PIERNA Y PIE	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
INFILTRACION ARTICULAR	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
RETIRO DE PUNTOS	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
RETIRO YESO EN OCHO	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL II-1 NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
TOPICO DE TRAUMATOLOGIA								
RETIRO YESO MUSLO PEDIO	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
RETIRO YESO MUSLO PIERNA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
YESO BOTA PIERNA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
YESO EN OCHO ADULTOS	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00
YESO EN OCHO NIÑOS	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	20.00	24.00
YESO GUANTE	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
YESO MUSLO PEDIO	35.00	25.00	20.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	35.00	42.00
TOPICO DE GINECOLOGIA								
CURACION POS OPER	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CURACION SIMPLE	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
TOPICO DE NEONATOLOGIA								
CURACION DE OMBLIGO (NIÑO SANO)	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
ESTIMULACION TEMPRANA	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
TOPICO DE HOSPITALIZACION								
BAÑO DE ASIENTO	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CURACION POS OPER	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CURACION SIMPLE	10.00	6.00	5.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
CURACION AMPLIA	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
VENOCLISIS/CANALIZACION	6.00	5.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	6.00	7.20
RETIRO DE PUNTOS	6.00	5.00	4.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
QUEMADURA AMPLIA	25.00	20.00	15.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	30.00	36.00
QUEMADURA MEDIANA	20.00	15.00	10.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	25.00	30.00



TARIFARIO DEL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA

SERVICIOS O PROCEDIMIENTOS	USUARIOS NO ASEGURADOS				USUARIOS ASEGURADOS		PRIVADOS	AFOCAT
	TARIFA PRINCIPAL	SEGÚN ESTUDIO SOCIAL			SIS SUBSIDIADO	SIS SEMI SUBSIDIADO		
		GRUPO A	GRUPO B	GRUPO C				
TOPICO DE HOSPITALIZACION								
QUEMADURA PEQUEÑA	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
DRENAJE	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
TOMA DE PRESION ARTERIAL	3.00	2.00	1.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	5.00	6.00
OXIGENO POR LITRO(SEGÚN CONSUMO)	0.05	0.03	0.02	0.00	GRATUITO	GRATUITO	0.10	0.12
ALIMENTACION POR Sonda Y/O FRACCIONADA (X DIA)	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
TOPICO DE PEDIATRIA								
FOTOTERAPIA	15.00	10.00	7.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	15.00	18.00
ASPIRACION MECANICA DE SECRECIONES (X EPISODIO)	3.00	2.00	1.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	5.00	6.00
COLOCACION DE BOLSAS COLECTORAS DE ORINA PEDIATRICA (X VEZ)	1.50	1.00	0.70	0.00	GRATUITO	GRATUITO	3.00	3.60
CANALIZACION DE VENOCISIS PEDIATRICO-NEONATAL	5.00	4.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	6.00	7.20
COLOCACION DE MEDIOS FISICOS (BAÑO Y/O COMPRESAS) X VEZ	3.00	2.00	1.50	0.00	GRATUITO	GRATUITO	4.00	4.80
ALIMENTACION POR Sonda Y/O FRACCIONADA EN NEONATO(X DIA)	7.00	5.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
REANIMACION CARDIOPULMONAR (X HORA)	7.00	5.00	3.00	0.00	GRATUITO	GRATUITO	10.00	12.00
OXIGENO POR LITRO(SEGÚN CONSUMO)	0.05	0.03	0.02	0.00	GRATUITO	GRATUITO	0.07	0.08

