MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO
NIT. 901.541.256-8
"CENAC REGIONAL NEIVA"

Neiva, 28 de marzo de 2022

Señor
MY. ARMANDO SANCHEZ SUAREZ
Gerente del Proyecto

Comedidamente me permito enviar al Gerente, la Evaluación Económica del Proceso que se describe a continuación:

INFORME EVALUACION ECONÓMICA DE LA PROPUESTA DE MÍNIMA CUANTÍA

Gerente de Proyecto	**MY. ARMANDO SANCHEZ SUAREZ**
Proceso de Mínima Cuantía.	No. 109- DISAN–EJC/CENAC REGIONAL NEIVA-2022
Objeto	PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA PARA LOS BENEFICIARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LA REGIONAL DE SANIDAD MILITAR No. 12 (ESM BAS09), PARA LA VIGENCIA 2022".
Fecha de elaboración	28 de marzo de 2022
Comité Evaluador	ASE. LIZETH NATALIA CORRALES DUCUARA

Concepto económico previo a la evaluación:

En desarrollo de lo establecido en el numeral 4 del artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, la Entidad dentro del plazo de verificación y evaluación de las propuestas, verificará el cumplimiento de los requisitos al oferente con el precio más bajo, para lo cual se tendrán en cuenta las reglas de subsanabilidad establecidas en el artículo 2.2.1.2.1.5.2 del Decreto 1082 del 2015.
En caso que éste no cumpla con los mismos, procederá la verificación del oferente ubicado en segundo lugar y así sucesivamente, se solicitarán aclaraciones dentro del término señalado en el proceso, para que se realice las aclaraciones, precisiones y/o allegue los documentos que se le requieran en relación con el oferente o la futura contratación, sin que con ello se pretenda adicionar, modificar o completar lo insubsanable.

Cumpliendo con lo establecido en la invitación pública se realizó cierre para la recepción de las ofertas mediante el SECOP II. Se verificó la única propuesta que fue allegada, teniendo en cuenta que el presente proceso es una Mínima Cuantía, se procede a realizar la verificación y evaluación de la propuesta cuya oferta económica es más favorable (menor valor total ofertado) presentada; si esta no llegase a cumplir con todos los requisitos de los tres comités evaluadores se proseguirá con el segundo y así sucesivamente y se describen así:

PROPUESTAS

NOMBRE COMPLETO DEL OFERENTE	NIT	VALOR DE LA PROPUESTA

CLINICA ODONTOLOGICA ESPECIALIZADA VIDADENT	900190226	-
SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA	900438068	223.367.785,00

PRESUPUESTO DESTINADO PARA EL PROCESO CONTRACTUAL

DEPENDENCIA	POSICIÓN CATALOGO DE GASTO						REC	C/S	DESCRIPCIÓN	VALOR
15-01-11-083 ESM BATALLON DE ASPC No9 "CACICA GAITANA" (NIVEL I)	A	02	02	02	009	003	10	CSF	SERVICIO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES	83.000.000
PRESUPUESTO TOTAL										**83.000.000**

- **EVALUACION ECONOMICA**

Se procede a revisar que los precios unitarios ofertados de la propuesta económica de menor valor y que no superen los estimados por la entidad para cada ítem, de acuerdo al estudio de mercado, inmerso dentro del documento "Estudios previos" del presente proceso.

CORRECCIÓN ARITMÉTICA

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
1	85121700	227100	CIERRE DE FISTULA DE SENO MAXILAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	158.956,00	**149.418,00**	CUMPLE
2	85121700	227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	159.115,00	**149.568,00**	CUMPLE
3	85121700	227901	RECONSTRUCCION DE CONDUCTO FRONTONASAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	197.936,00	**98.968,00**	CUMPLE
4	85121700	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	49.164,00	**48.180,00**	CUMPLE
5	85121700	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	43.406,00	**42.971,00**	CUMPLE
6	85121700	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.993,00	**45.533,00**	CUMPLE
7	85121700	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	40.772,00	**40.364,00**	CUMPLE
8	85121700	230200	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	18.797,00	**18.609,00**	CUMPLE
9	85121700	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	21.314,00	**21.100,00**	CUMPLE
10	85121700	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	34.578,00	**34.232,00**	CUMPLE
11	85121700	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	28.250,00	**27.967,00**	CUMPLE
12	85121700	231100	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	95.333,00	**94.379,00**	CUMPLE
13	85121700	231200	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	133.812,00	**132.473,00**	CUMPLE
14	85121700	231300	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	180.399,00	**178.594,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
15	85121700	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.978,00	**169.267,00**	CUMPLE
16	85121700	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	210.597,00	**208.490,00**	CUMPLE
17	85121700	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.572,00	**168.866,00**	CUMPLE
18	85121700	231400	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	141.973,00	**140.553,00**	CUMPLE
19	85121700	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	147.519,00	**146.044,00**	CUMPLE
20	85121700	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	20.905,00	**10.452,00**	CUMPLE
21	85121700	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	60.042,00	**58.240,00**	CUMPLE
22	85121700	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	28.357,00	**28.073,00**	CUMPLE
23	85121700	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	27.447,00	**27.172,00**	CUMPLE
24	85121700	232300	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	33.290,00	**31.625,00**	CUMPLE
25	85121700	2323400	RECONSTRUCCION DENTAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	135.917,00	**133.198,00**	CUMPLE
26	85121700	232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	106.555,00	**104.423,00**	CUMPLE
27	85121700	232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	153.869,00	**150.791,00**	CUMPLE
28	85121700	233100	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	232.431,00	**116.215,00**	CUMPLE
29	85121700	233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	321.713,00	**225.199,00**	CUMPLE
30	85121700	234100	COLOCACION O APLICACION DE CORONA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	54.185,00	**48.766,00**	CUMPLE
31	85121700	234101	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	109.601,00	**98.640,00**	CUMPLE
32	85121700	234102	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	100.220,00	**90.197,00**	CUMPLE
33	85121700	234103	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	62.963,00	**56.666,00**	CUMPLE
34	85121700	234104	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	62.963,00	**62.333,00**	CUMPLE
35	85121700	234105	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	418.765,00	**406.202,00**	CUMPLE
36	85121700	234201	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	418.661,00	**406.100,00**	CUMPLE
37	85121700	234202	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	90.979,00	**88.249,00**	CUMPLE
38	85121700	234203	PATRÓN DE NÚCLEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	123.932,00	**122.693,00**	CUMPLE
39	85121700	234204	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	87.122,00	**85.379,00**	CUMPLE
40	85121700	234301	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	470.414,00	**465.709,00**	CUMPLE
41	85121700	234302	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	528.650,00	**523.363,00**	CUMPLE
42	85121700	234303	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	53.864,00	**43.091,00**	CUMPLE
43	85121700	234401	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	681.624,00	**667.991,00**	CUMPLE

Carrera 16 #21-300 – Neiva - Huila.
Teléfono 098-8752466
www.ejercito.mil.co
Correo electrónico: cenacnei@buzonejercito.mil.co

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
44	85121700	234402	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	372.186,00	**368.464,00**	CUMPLE
45	85121700	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	123.994,00	**61.996,00**	CUMPLE
46	85121700	235200	TRANSPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	173.938,00	**86.969,00**	CUMPLE
47	85121700	236100	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	708.710,00	**687.448,00**	CUMPLE
48	85121700	236200	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METALICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	649.871,00	**630.375,00**	CUMPLE
49	85121700	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.772.784,00	**1.719.600,00**	CUMPLE
50	85121700	237100	PULPOTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	70.252,00	**68.144,00**	CUMPLE
51	85121700	237101	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	83.714,00	**81.202,00**	CUMPLE
52	85121700	237102	PULPOTOMÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	70.252,00	**68.144,00**	CUMPLE
53	85121700	237200	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	86.989,00	**84.378,00**	CUMPLE
54	85121700	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	69.465,00	**68.770,00**	CUMPLE
55	85121700	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	198.494,00	**196.508,00**	CUMPLE
56	85121700	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	287.725,00	**284.847,00**	CUMPLE
57	85121700	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	67.800,00	**67.121,00**	CUMPLE
58	85121700	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	87.703,00	**86.825,00**	CUMPLE
59	85121700	237306	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	136.486,00	**135.121,00**	CUMPLE
60	85121700	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	355.309,00	**351.755,00**	CUMPLE
61	85121700	237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	199.392,00	**179.452,00**	CUMPLE
62	85121700	237502	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	204.017,00	**163.213,00**	CUMPLE
63	85121700	237600	FISTULIZACION ENDODONTICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	73.484,00	**69.809,00**	CUMPLE
64	85121700	237601	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	91.105,00	**86.549,00**	CUMPLE
65	85121700	237602	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	134.541,00	**130.504,00**	CUMPLE
66	85121700	237603	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	82.800,00	**80.315,00**	CUMPLE
67	85121700	237700	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	112.573,00	**90.058,00**	CUMPLE
68	85121700	237701	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	124.246,00	**99.396,00**	CUMPLE
69	85121700	237702	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	161.877,00	**129.501,00**	CUMPLE
70	85121700	237703	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	128.096,00	**102.476,00**	CUMPLE
71	85121700	237800	HEMISECCION DEL DIENTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	152.594,00	**106.816,00**	CUMPLE
72	85121700	237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	121.531,00	**120.315,00**	CUMPLE
73	85121700	237902	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	257.669,00	**249.939,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
74	85121700	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	78.891,00	**78.101,00**	CUMPLE
75	85121700	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	105.540,00	**104.484,00**	CUMPLE
76	85121700	240400	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	90.198,00	**89.296,00**	CUMPLE
77	85121700	241100	BIOPSIA DE ENCIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	126.454,00	**125.189,00**	CUMPLE
78	85121700	241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	130.741,00	**129.433,00**	CUMPLE
79	85121700	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	113.274,00	**112.141,00**	CUMPLE
80	85121700	241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	252.718,00	**250.190,00**	CUMPLE
81	85121700	241104	BIOPSIA DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	106.979,00	**105.909,00**	CUMPLE
82	85121700	241200	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	127.435,00	**121.063,00**	CUMPLE
83	85121700	242100	PLASTIA MUCOGINGIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	136.961,00	**130.112,00**	CUMPLE
84	85121700	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	230.980,00	**207.882,00**	CUMPLE
85	85121700	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	235.741,00	**223.953,00**	CUMPLE
86	85121700	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	140.463,00	**133.439,00**	CUMPLE
87	85121700	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	146.861,00	**145.392,00**	CUMPLE
88	85121700	242202	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	249.280,00	**246.787,00**	CUMPLE
89	85121700	242204	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	229.572,00	**218.093,00**	CUMPLE
90	85121700	242205	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	587.649,00	**558.266,00**	CUMPLE
91	85121700	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	149.098,00	**144.625,00**	CUMPLE
92	85121700	242400	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	393.260,00	**381.462,00**	CUMPLE
93	85121700	243100	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	122.605,00	**121.378,00**	CUMPLE
94	85121700	243101	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	152.911,00	**145.265,00**	CUMPLE
95	85121700	243102	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	214.917,00	**204.170,00**	CUMPLE
96	85121700	243103	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	213.497,00	**202.822,00**	CUMPLE
97	85121700	243104	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	206.789,00	**196.449,00**	CUMPLE
98	85121700	243105	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	400.148,00	**380.140,00**	CUMPLE
99	85121700	243106	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	765.609,00	**535.926,00**	CUMPLE
100	85121700	243107	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO PEDICULADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	990.149,00	**693.104,00**	CUMPLE
101	85121700	243108	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.000.942,00	**700.659,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
102	85121700	243109	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.131.970,00	**1.492.379,00**	CUMPLE
103	85121700	243110	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	108.638,00	**105.378,00**	CUMPLE
104	85121700	243201	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	63.497,00	**62.861,00**	CUMPLE
105	85121700	243202	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	92.542,00	**91.616,00**	CUMPLE
106	85121700	243203	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	62.402,00	**61.778,00**	CUMPLE
107	85121700	243300	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	738.882,00	**443.328,00**	CUMPLE
108	85121700	243301	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	290.994,00	**232.794,00**	CUMPLE
109	85121700	243302	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	316.799,00	**253.438,00**	CUMPLE
110	85121700	243303	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	306.825,00	**214.777,00**	CUMPLE
111	85121700	243400	GINGIVECTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	100.952,00	**99.942,00**	CUMPLE
112	85121700	243500	OPERCULECTOMÍA NCOC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	74.907,00	**74.157,00**	CUMPLE
113	85121700	243501	CUÑA DISTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	75.774,00	**75.016,00**	CUMPLE
114	85121700	243502	OPERCULECTOMÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	74.011,00	**73.270,00**	CUMPLE
115	85121700	244100	ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	245.846,00	**243.387,00**	CUMPLE
116	85121700	244101	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	221.983,00	**219.762,00**	CUMPLE
117	85121700	244102	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	244.146,00	**241.704,00**	CUMPLE
118	85121700	244103	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	270.404,00	**267.700,00**	CUMPLE
119	85121700	244104	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	438.233,00	**425.086,00**	CUMPLE
120	85121700	244105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	471.580,00	**457.432,00**	CUMPLE
121	85121700	244106	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	653.705,00	**634.094,00**	CUMPLE
122	85121700	244107	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	461.700,00	**447.848,00**	CUMPLE
123	85121700	244108	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	146.050,00	**144.589,00**	CUMPLE
124	85121700	244109	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	379.213,00	**375.420,00**	CUMPLE
125	85121700	245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	163.067,00	**161.436,00**	CUMPLE
126	85121700	245200	ALVEOLECTOMÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	134.324,00	**132.981,00**	CUMPLE
127	85121700	247100	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	840.783,00	**832.374,00**	CUMPLE
128	85121700	247201	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	369.995,00	**351.495,00**	CUMPLE
129	85121700	247202	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	480.808,00	**456.767,00**	CUMPLE
130	85121700	247300	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	143.503,00	**142.067,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
131	85121700	247400	FERULIZACION SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	66.721,00	**66.053,00**	CUMPLE
132	85121700	247401	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	132.024,00	**130.703,00**	CUMPLE
133	85121700	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	76.605,00	**75.839,00**	CUMPLE
134	85121700	247403	FERULIZACIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	66.721,00	**66.053,00**	CUMPLE
135	85121700	248100	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	554.497,00	**388.147,00**	CUMPLE
136	85121700	248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	426.196,00	**298.336,00**	CUMPLE
137	85121700	248400	REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	60.793,00	**60.184,00**	CUMPLE
138	85121700	248800	MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	398.475,00	**394.489,00**	CUMPLE
139	85121700	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	46.932,00	**42.239,00**	CUMPLE
140	85121700	250100	BIOPSIA CERRADA [PUNCION] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	138.693,00	**134.532,00**	CUMPLE
141	85121700	250200	BIOPSIA ABIERTA DE LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	168.074,00	**163.031,00**	CUMPLE
142	85121700	250201	BIOPSIA EN CUÑA O POR TRUCUT DE LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.902,00	**165.774,00**	CUMPLE
143	85121700	250202	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	159.909,00	**155.111,00**	CUMPLE
144	85121700	250203	BIOPSIA ESCISIONAL DE LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	158.001,00	**153.261,00**	CUMPLE
145	85121700	251000	RESECCIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN LA LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	135.914,00	**131.836,00**	CUMPLE
146	85121700	251100	RESECCIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN LA LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	282.587,00	**276.935,00**	CUMPLE
147	85121700	255100	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	85.452,00	**84.597,00**	CUMPLE
148	85121700	255901	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTÁNEO O MUCOSO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	359.793,00	**348.999,00**	CUMPLE
149	85121700	255902	GLOSOPEXIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	250.928,00	**200.742,00**	CUMPLE
150	85121700	255903	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	162.773,00	**161.145,00**	CUMPLE
151	85121700	256100	FRENILLECTOMÍA LINGUAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	68.075,00	**67.393,00**	CUMPLE
152	85121700	256301	DRENAJE DE COLECCIÓN EN LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	149.515,00	**148.019,00**	CUMPLE
153	85121700	260100	SIALOLITOTOMÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	192.966,00	**187.176,00**	CUMPLE
154	85121700	260200	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	147.559,00	**143.131,00**	CUMPLE
155	85121700	260300	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	146.439,00	**142.045,00**	CUMPLE
156	85121700	261100	BIOPSIA CERRADA [PUNCION] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	144.606,00	**140.268,00**	CUMPLE
157	85121700	261200	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.902,00	**165.774,00**	CUMPLE
158	85121700	261201	BIOPSIA ESCIONAL DE GLANDULA SALIVAR MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.902,00	**165.774,00**	CUMPLE
159	85121700	262101	MARSUPIALIZACIÓN DE LA RÁNULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	173.381,00	**168.179,00**	CUMPLE
160	85121700	262901	RESECCIÓN DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	121.984,00	**118.324,00**	CUMPLE

Carrera 16 #21-300 – Neiva - Huila.
Teléfono 098-8752466
www.ejercito.mil.co
Correo electrónico: cenacnei@buzonejercito.mil.co

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
161	85121700	263000	SIALOADENECTOMÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	215.648,00	**209.178,00**	CUMPLE
162	85121700	263100	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	212.411,00	**169.929,00**	CUMPLE
163	85121700	263101	PAROTIDECTOMIA DEL LOBULO SUPERFICIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	421.704,00	**337.362,00**	CUMPLE
164	85121700	263200	SIALOADENECTOMIA TOTAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	401.242,00	**320.993,00**	CUMPLE
165	85121700	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	370.588,00	**296.470,00**	CUMPLE
166	85121700	263202	PAROTIDECTOMIA TOTAL CONSERVADORA DEL VII PAR CRANEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	359.793,00	**287.834,00**	CUMPLE
167	85121700	263203	SIALOADENECTOMÍA DE GLANDULA SUBLINGUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	227.869,00	**182.295,00**	CUMPLE
168	85121700	263204	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBMAXILAR (SUBMANDIBULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	390.539,00	**351.485,00**	CUMPLE
169	85121700	263205	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS PALATINAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	391.784,00	**313.427,00**	CUMPLE
170	85121700	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	174.199,00	**139.359,00**	CUMPLE
171	85121700	264100	CIERRE O REPARACIÓN SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	232.266,00	**185.812,00**	CUMPLE
172	85121700	264101	CIERRE O REPARACIÓN SALIVAL SIN INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	223.871,00	**179.096,00**	CUMPLE
173	85121700	264200	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	219.157,00	**197.241,00**	CUMPLE
174	85121700	264201	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	349.001,00	**314.101,00**	CUMPLE
175	85121700	264900	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	174.199,00	**156.779,00**	CUMPLE
176	85121700	264901	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	290.833,00	**261.749,00**	CUMPLE
177	85121700	264902	FISTULIZACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	149.314,00	**144.834,00**	CUMPLE
178	85121700	269100	EXPLORACION DE CONDUCTO SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	147.116,00	**142.702,00**	CUMPLE
179	85121700	269301	CATETERIZACIÓN Y SIALOMETRÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	153.275,00	**148.676,00**	CUMPLE
180	85121700	270100	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	177.285,00	**171.966,00**	CUMPLE
181	85121700	270101	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	177.285,00	**171.966,00**	CUMPLE
182	85121700	270102	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	186.772,00	**181.168,00**	CUMPLE
183	85121700	271100	DRENAJE DE ABSCESO DE PALADAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	152.345,00	**147.774,00**	CUMPLE
184	85121700	272101	BIOPSIA DE UVULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	128.624,00	**124.765,00**	CUMPLE
185	85121700	272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	128.624,00	**122.192,00**	CUMPLE
186	85121700	272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	132.723,00	**126.086,00**	CUMPLE
187	85121700	272300	BIOPSIA DE LABIO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	131.838,00	**125.246,00**	CUMPLE
188	85121700	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	107.838,00	**102.446,00**	CUMPLE
189	85121700	272302	BIOPSIA ESCISIONAL DE LABIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	132.723,00	**126.086,00**	CUMPLE
190	85121700	272400	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	136.919,00	**130.073,00**	CUMPLE
191	85121700	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	135.847,00	**122.262,00**	CUMPLE

Carrera 16 #21-300 – Neiva - Huila.
Teléfono 098-8752466
www.ejercito.mil.co
Correo electrónico: cenacnei@buzonejercito.mil.co

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
192	85121700	273100	ESCISION LOCAL DE LESION EN PALADAR OSEO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	119.932,00	**107.938,00**	CUMPLE
193	85121700	273101	ESCISIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	149.207,00	**134.286,00**	CUMPLE
194	85121700	273102	RESECCION LOCAL DEL PALADAR POR CAUTERIZACION O CRIOTERAPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	431.352,00	**388.216,00**	CUMPLE
195	85121700	273103	RESECCION LOCAL DEL PALADAR POR QUIMIOTERAPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	543.188,00	**271.593,00**	CUMPLE
196	85121700	273200	ESCISION AMPLIA DE LESION EN PALADAR OSEO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	306.802,00	**245.441,00**	CUMPLE
197	85121700	273201	ESCISIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	314.703,00	**283.232,00**	CUMPLE
198	85121700	273202	RESECCION EN BLOQUE DE APOFISIS ALVEOLAR Y PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	469.558,00	**375.646,00**	CUMPLE
199	85121700	273203	PALATECTOMIA PARCIAL NCOC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	344.029,00	**275.222,00**	CUMPLE
200	85121700	273204	PALATECTOMIA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	458.758,00	**412.882,00**	CUMPLE
201	85121700	274100	FRENILLECTOMIA LABIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	122.630,00	**118.951,00**	CUMPLE
202	85121700	274200	ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	136.241,00	**132.154,00**	CUMPLE
203	85121700	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO POR TUMOR MALIGNO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	253.324,00	**227.991,00**	CUMPLE
204	85121700	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO POR TUMOR MALIGNO, CON ROTACION DE COLGAJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	291.201,00	**262.080,00**	CUMPLE
205	85121700	274203	RESECCION TOTAL DE LABIO POR TUMOR MALIGNO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	375.078,00	**337.569,00**	CUMPLE
206	85121700	274300	ESCISION DE LESION EN MUCOSA ORAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.902,00	**169.192,00**	CUMPLE
207	85121700	274301	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	156.395,00	**154.830,00**	CUMPLE
208	85121700	274302	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.129,00	**70.417,00**	CUMPLE
209	85121700	274303	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	359.078,00	**323.170,00**	CUMPLE
210	85121700	274304	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	465.837,00	**372.669,00**	CUMPLE
211	85121700	274400	RESECCION DE FOSETAS LABIALES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	154.071,00	**152.530,00**	CUMPLE
212	85121700	274901	REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	124.652,00	**123.405,00**	CUMPLE
213	85121700	274902	RESECCION DE BRIDAS INTRAORALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.307.689,00	**1.294.611,00**	CUMPLE
214	85121700	275100	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	89.964,00	**89.064,00**	CUMPLE
215	85121700	275101	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) HASTA DE CINCO CENTÍMETROS EN LABIOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	102.690,00	**101.663,00**	CUMPLE
216	85121700	275102	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS EN LABIOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	101.592,00	**100.575,00**	CUMPLE
217	85121700	275103	SUTURA Y/O PLASTIA EN AVULSIÓN DE LABIOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	106.925,00	**74.847,00**	CUMPLE
218	85121700	275200	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	92.866,00	**91.937,00**	CUMPLE
219	85121700	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	92.866,00	**91.937,00**	CUMPLE
220	85121700	275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	102.918,00	**101.889,00**	CUMPLE
221	85121700	275301	RESECCIÓN INTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	103.141,00	**100.046,00**	CUMPLE

Carrera 16 #21-300 – Neiva - Huila.
Teléfono 098-8752466
www.ejercito.mil.co
Correo electrónico: cenacnei@buzonejercito.mil.co

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
222	85121700	275302	RESECCIÓN EXTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	269.155,00	**261.079,00**	CUMPLE
223	85121700	275303	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	183.894,00	**178.377,00**	CUMPLE
224	85121700	275304	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL CON SINUSOTOMIA, CON O SIN REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO O COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	246.781,00	**239.377,00**	CUMPLE
225	85121700	275305	ALARGAMIENTO DE PALADAR CON COLGAJO EN ISLA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	390.655,00	**312.523,00**	CUMPLE
226	85121700	275800	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	270.642,00	**243.577,00**	CUMPLE
227	85121700	275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO Y/O GENIHIODEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	304.366,00	**273.929,00**	CUMPLE
228	85121700	275900	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	267.013,00	**240.311,00**	CUMPLE
229	85121700	275901	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	294.055,00	**264.649,00**	CUMPLE
230	85121700	275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	331.536,00	**298.382,00**	CUMPLE
231	85121700	276100	SUTURA DE LACERACIÓN DE PALADAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	88.412,00	**87.528,00**	CUMPLE
232	85121700	276101	PALATORRAFIA EN Z (FURLOW)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	381.969,00	**305.575,00**	CUMPLE
233	85121700	276200	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO (ESTAFILORRAFIA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	731.200,00	**584.959,00**	CUMPLE
234	85121700	276201	CORRECCION DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	738.887,00	**591.109,00**	CUMPLE
235	85121700	276202	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.855.171,00	**1.669.653,00**	CUMPLE
236	85121700	276203	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR SIN INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.091.374,00	**982.236,00**	CUMPLE
237	85121700	276204	RECONSTRUCCIÓN DE BÓVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.729.332,00	**1.210.532,00**	CUMPLE
238	85121700	276205	CORRECCIÓN DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	936.409,00	**655.486,00**	CUMPLE
239	85121700	276206	INJERTO ÓSEO DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	515.704,00	**464.133,00**	CUMPLE
240	85121700	276207	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	749.744,00	**449.846,00**	CUMPLE
241	85121700	276208	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA CON LASER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.786.506,00	**1.071.903,00**	CUMPLE
242	85121700	276300	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	159.909,00	**143.917,00**	CUMPLE
243	85121700	278200	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	120.331,00	**119.127,00**	CUMPLE
244	85121700	278301	CIERRE VELOFARINGEO CON COLGAJO FARINGEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	631.078,00	**441.754,00**	CUMPLE
245	85121700	278400	CORRECCION DE MACRO O MICROSTOMA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.315.107,00	**657.553,00**	CUMPLE
246	85121700	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	154.711,00	**153.164,00**	CUMPLE
247	85121700	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	152.791,00	**151.263,00**	CUMPLE
248	85121700	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	343.803,00	**340.364,00**	CUMPLE
249	85121700	761300	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA FACIALSOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	602.499,00	**596.473,00**	CUMPLE
250	85121700	761301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	602.499,00	**596.473,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
251	85121700	762101	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS VIA TRANSMUCOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	249.256,00	**246.763,00**	CUMPLE
252	85121700	762102	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MENOS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	301.577,00	**298.561,00**	CUMPLE
253	85121700	762103	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS VIA TRANSMUCOSA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	326.549,00	**323.283,00**	CUMPLE
254	85121700	762104	ENUCLEACION, RESECCION Y CURETAJE DE LESIONES BENIGNAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR, DE MAS DE TRES CMS, VIA TRANSCUTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	333.489,00	**330.153,00**	CUMPLE
255	85121700	762105	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS Y/O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	218.274,00	**216.091,00**	CUMPLE
256	85121700	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	977.122,00	**967.351,00**	CUMPLE
257	85121700	762202	RESECCCIÓN RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.056.101,00	**739.270,00**	CUMPLE
258	85121700	762301	ESCLEROSIS DE REBORDE DE MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	223.554,00	**156.487,00**	CUMPLE
259	85121700	763101	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	797.983,00	**718.185,00**	CUMPLE
260	85121700	763102	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	797.983,00	**558.588,00**	CUMPLE
261	85121700	763103	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	797.983,00	**558.588,00**	CUMPLE
262	85121700	763104	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	985.640,00	**689.947,00**	CUMPLE
263	85121700	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	809.535,00	**566.674,00**	CUMPLE
264	85121700	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	15.840.231,00	**14.256.208,00**	CUMPLE
265	85121700	763903	HEMIMAXILECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.684.451,00	**1.667.606,00**	CUMPLE
266	85121700	764101	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCION OSEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	5.368.495,00	**4.294.795,00**	CUMPLE
267	85121700	764201	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.315.409,00	**1.989.245,00**	CUMPLE
268	85121700	764301	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON MATERIAL DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN [OSTEOSÍNTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.544.758,00	**2.726.854,00**	CUMPLE
269	85121700	764302	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	6.561.495,00	**3.936.896,00**	CUMPLE
270	85121700	764303	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	5.207.535,00	**3.124.520,00**	CUMPLE
271	85121700	764304	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO, COLGAJO PEDICULADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.639.441,00	**2.783.664,00**	CUMPLE
272	85121700	764305	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO VASCULARIZADO AUTOLOGO O HETEROLOGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	5.680.947,00	**3.408.568,00**	CUMPLE
273	85121700	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.467.176,00	**2.427.023,00**	CUMPLE
274	85121700	764402	RESECCION TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.926.577,00	**2.748.603,00**	CUMPLE
275	85121700	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR POR VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.597.422,00	**1.277.937,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
276	85121700	765102	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, POR VIA EXTERNA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.438.369,00	**1.150.695,00**	CUMPLE
277	85121700	765201	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.272.379,00	**1.590.665,00**	CUMPLE
278	85121700	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.520.419,00	**1.216.335,00**	CUMPLE
279	85121700	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR, CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.828.805,00	**3.380.163,00**	CUMPLE
280	85121700	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLASTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	5.434.772,00	**3.804.340,00**	CUMPLE
281	85121700	765401	REMODELACION DEL CARTILAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.040.308,00	**1.428.215,00**	CUMPLE
282	85121700	766100	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.644.554,00	**2.551.188,00**	CUMPLE
283	85121700	766200	OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O VIA TRANSCUTANEA, SOD 76.6.2.01 OSTEOTOMIA DE RAMA MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	6.514.154,00	**4.559.907,00**	CUMPLE
284	85121700	766202	76.6.2.02 OSTEOTOMIA RAMA MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	5.983.931,00	**4.188.751,00**	CUMPLE
285	85121700	766205	CORONOIDECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.130.355,00	**1.491.248,00**	CUMPLE
286	85121700	766300	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O TRANSCUTANEA, SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.400.200,00	**1.680.139,00**	CUMPLE
287	85121700	766302	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.016.331,00	**2.811.432,00**	CUMPLE
288	85121700	766303	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.658.376,00	**3.260.863,00**	CUMPLE
289	85121700	766401	OSTEOTOMIA SUBAPICAL MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.134.296,00	**2.194.006,00**	CUMPLE
290	85121700	766402	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.628.538,00	**1.139.976,00**	CUMPLE
291	85121700	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN UOSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.592.657,00	**1.814.860,00**	CUMPLE
292	85121700	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA,CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.978.234,00	**2.382.586,00**	CUMPLE
293	85121700	766601	OSTEOTOMIA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.289.115,00	**2.631.291,00**	CUMPLE
294	85121700	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.421.648,00	**2.737.318,00**	CUMPLE
295	85121700	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.237.921,00	**2.590.336,00**	CUMPLE
296	85121700	766604	OSTEOMIA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.576.155,00	**2.860.923,00**	CUMPLE
297	85121700	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.493.141,00	**1.194.513,00**	CUMPLE
298	85121700	766606	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT II	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.818.956,00	**1.455.164,00**	CUMPLE
299	85121700	766607	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT III	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.818.956,00	**1.455.164,00**	CUMPLE
300	85121700	766901	SUSPENSION ESQUELETICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMIAS FACIALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.329.423,00	**1.863.538,00**	CUMPLE
301	85121700	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.980.985,00	**2.384.788,00**	CUMPLE
302	85121700	766903	OSTEOPLASTIA DE VARIOS HUESOS FACIALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.764.635,00	**3.011.707,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
303	85121700	766970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	383.780,00	**345.401,00**	CUMPLE
304	85121700	767000	REDUCCIÓN DE FRACTURA FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	842.482,00	**758.233,00**	CUMPLE
305	85121700	767200	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.308.140,00	**1.177.325,00**	CUMPLE
306	85121700	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.791.391,00	**1.612.252,00**	CUMPLE
307	85121700	767203	REDUCCION ABIERTA FRACTURA MALAR, CON REDUCCION PISO DE ORBITA, INJERTO Y/O FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.992.944,00	**2.693.649,00**	CUMPLE
308	85121700	767301	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.341.260,00	**1.207.133,00**	CUMPLE
309	85121700	767302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.486.429,00	**1.337.786,00**	CUMPLE
310	85121700	767303	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.556.630,00	**1.400.966,00**	CUMPLE
311	85121700	767304	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.629.899,00	**1.466.909,00**	CUMPLE
312	85121700	767401	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.757.548,00	**1.581.793,00**	CUMPLE
313	85121700	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.974.460,00	**1.777.014,00**	CUMPLE
314	85121700	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.974.482,00	**1.777.034,00**	CUMPLE
315	85121700	767404	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.795.179,00	**1.615.660,00**	CUMPLE
316	85121700	767501	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CONDILO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	861.898,00	**689.518,00**	CUMPLE
317	85121700	767502	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	904.473,00	**723.578,00**	CUMPLE
318	85121700	767503	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	904.473,00	**723.578,00**	CUMPLE
319	85121700	767601	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE CONDILO, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.514.919,00	**1.211.935,00**	CUMPLE
320	85121700	767602	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.477.046,00	**1.181.636,00**	CUMPLE
321	85121700	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.095.837,00	**1.676.669,00**	CUMPLE
322	85121700	767701	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.369.059,00	**1.095.247,00**	CUMPLE
323	85121700	767702	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	852.142,00	**681.713,00**	CUMPLE
324	85121700	767703	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DEMAS DE TRES DIENTES, CON FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.409.330,00	**1.127.463,00**	CUMPLE

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
325	85121700	767705	REDUCCIÓN Y FIJACION DE LUXACION DENTO ALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	503.040,00	**402.431,00**	CUMPLE
326	85121700	767706	REDUCCIÓN Y FIJACION DE LUXACION DENTO ALVEOLAR QUE COMPROMETE MAS DE TRES DIENTES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	521.678,00	**417.342,00**	CUMPLE
327	85121700	767801	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.013.107,00	**810.485,00**	CUMPLE
328	85121700	767802	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	896.025,00	**716.820,00**	CUMPLE
329	85121700	767901	REDUCCIÓN ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.451.798,00	**1.161.438,00**	CUMPLE
330	85121700	767902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.001.952,00	**1.601.561,00**	CUMPLE
331	85121700	767903	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MAS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.738.632,00	**2.190.905,00**	CUMPLE
332	85121700	767904	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.329.456,00	**2.663.564,00**	CUMPLE
333	85121700	767905	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.539.913,00	**2.031.930,00**	CUMPLE
334	85121700	767907	REDUCCION ABIERTA FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.159.065,00	**1.727.252,00**	CUMPLE
335	85121700	767908	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.159.065,00	**1.727.252,00**	CUMPLE
336	85121700	768100	INJERTO OSEO A HUESO FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	773.556,00	**618.844,00**	CUMPLE
337	85121700	768110	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	559.679,00	**503.711,00**	CUMPLE
338	85121700	768200	INSERCION DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	639.633,00	**575.669,00**	CUMPLE
339	85121700	768301	REDUCCIÓN CERRADA LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	437.344,00	**371.742,00**	CUMPLE
340	85121700	768302	REDUCCIÓN CERRADA LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	515.704,00	**438.348,00**	CUMPLE
341	85121700	768401	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMIA DEL TEMPORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	879.495,00	**703.595,00**	CUMPLE
342	85121700	768500	INSERCION DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	773.556,00	**618.844,00**	CUMPLE
343	85121700	768600	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	343.803,00	**275.042,00**	CUMPLE
344	85121700	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS] DE HUESO FACIAL NCOC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	239.862,00	**215.875,00**	CUMPLE
345	85121700	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	166.476,00	**149.828,00**	CUMPLE
346	85121700	760902	DECORTICACION O CURETAJE ÓSEO DE DE HUESOS FACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	294.146,00	**264.731,00**	CUMPLE
347	85121700	870114	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES O CRONALE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	8.757,00	**8.319,00**	CUMPLE
348	85121700	870456	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR ORTOPANTOMOGRAFÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	21.081,00	**20.448,00**	CUMPLE
349	85121700	890103	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR ODONTOLOGIA GENERAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	92.256,00	**89.488,00**	CUMPLE
350	85121700	890116	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA, POR OTRO PROFESIONAL DE LA SALUD NCOC Odontopediatria, endodoncia,periodoncia,cirugia oral, cirugia maxilofacial,rehabilitacion oral, ortodoncia)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	96.284,00	**93.395,00**	CUMPLE

Carrera 16 #21-300 – Neiva - Huila.
Teléfono 098-8752466
www.ejercito.mil.co
Correo electrónico: cenacnei@buzonejercito.mil.co

ITEM	CODIGO UNSPSC	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM - PROCDIMIENTOS	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO REFERNCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO	VERIFICACIÓN DE PRECIOS
351	85121700	890204	CONSULTA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA (Odontopediatria, endodoncia,periodoncia,cirugia oral, cirugia maxilofacial,rehabilitacion oral, ortodoncia)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	39.765,00	**38.571,00**	CUMPLE
352	85121700	890404	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOLOGIA (Odontopediatria, endodoncia,periodoncia,cirugia oral, cirugia maxilofacial,rehabilitacion oral, ortodoncia)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.608,00	**44.239,00**	CUMPLE
353	85121700	890704	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA (Odontopediatria, endodoncia,periodoncia,cirugia oral, cirugia maxilofacial,rehabilitacion oral, ortodoncia)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	37.420,00	**36.297,00**	CUMPLE
354	85121700	879141	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MAXILARES [ESTUDIO IMPLANTOLOGIA]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	350.474,00	**339.959,00**	CUMPLE
355	85121700	879111	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	464.877,00	**450.930,00**	CUMPLE
356	85121700	879150	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	494.589,00	**479.751,00**	CUMPLE
357	85121700	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR (ORTOPANTOMOGRAFIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	21.081,00	**20.448,00**	CUMPLE
358	85121700	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	48.953,00	**47.973,00**	CUMPLE
359	85121700	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	43.675,00	**42.801,00**	CUMPLE
360	85121700	870101	RADIOGRAFIA DE CARA [PERFILOGRAMA] Incluye: CON CEFALOSTATO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	63.066,00	**61.804,00**	CUMPLE
361	85121700	870440	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	10.811,00	**10.486,00**	CUMPLE
362	85121700	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	9.128,00	**8.945,00**	CUMPLE
363	85121700	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	7.611,00	**7.458,00**	CUMPLE
364	85121700	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	7.611,00	**7.458,00**	CUMPLE
365	85121700	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	7.611,00	**7.458,00**	CUMPLE
366	85121700	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	7.611,00	**7.458,00**	CUMPLE
367	85121700	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	7.611,00	**7.458,00**	CUMPLE
368	85121700	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	6.345,00	**6.217,00**	CUMPLE
369	85121700	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	9.304,00	**9.117,00**	CUMPLE

Del mismo modo se procede a realizar la evaluación y verificación de requisitos de la siguiente oferta Habilitada con propuesta económica más favorable.

REQUISITOS HAILITANTES – DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE EVALUACION FINANCIERA

Se procede a la verificación de los documentos de orden financiero de la oferta presentada por SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA con NIT: 900438068-6.

DOCUMENTOS DE VERIFICACION FINANCIERA	REQUISITO	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN

Registro Único Tributario RUT	Expedido por la DIAN, debidamente actualizado.	X		
Certificación Bancaria	Expedida por la entidad respectiva, dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la oferta, en la cual se indique nombre del titular, número de cuenta, sucursal y tipo de cuenta (corriente o ahorro), la cual será estipulada dentro del contrato que se suscriba	X		
Formulario No. 2 Beneficiario Cuenta SIIF	BENEFICIARIO CUENTA SIIF: Debidamente diligenciado y los datos deben ser coincidentes con la certificación bancaria.	X		
Resolución De Facturación	El oferente deberá adjuntar con su oferta Resolución de facturación expedida por la Dirección de Impuesto y Aduanas Nacionales (DIAN) según normatividad vigente y observando los parámetros que le asistan en lo que respecta a facturación electrónica	X		

Dada la verificación de los documentos requisitos económicos de la propuesta presentada por la empresa **SOCIEDAD ODONTOLÓGICA DEL HUILA con NIT: 900438068-6**, se constata que esta allega toda la documentación requerida.

El comité económico evaluador se permite indicar que la oferta presentada por el proponente Clínica Odontológica Especializada VIDADENT con NIT 900190226, no es tomada en consideración toda vez que no es allegada dentro de su propuesta el documento de OFERTA ECONÓMICA, la cual es un requisito no subsanable y automáticamente lo excluye del proceso de selección mediante causal de rechazo; en su lugar se anexo un archivo que lleva dicho nombre pero su contenido es un formato de solicitud de cotización.

***Causal de rechazo**: 37 Cuando no presente, no diligencie, o modifique las especificaciones previstas en oferta económica, establecida en la plataforma del SECOP II.*

CONCLUSIÓN FINAL

El comité económico evaluador determina ADMITIR económicamente al oferente **Clínica Odontológica Especializada VIDADENT**, ya que CUMPLE con toda la documentación requerida por este comité para dar cumplimiento a todos los requisitos económicos y financieros requeridos en el documento de invitación pública del presente proceso contractual, por lo tanto, Continua en el proceso de selección.

Cordialmente;

ASE. LIZETH NATALIA CORRALES DUCUARA
Comité Económico
Evaluador