FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

SOLICITUD DE PRE-COTIZACIÓN

Fecha: 16-05-2024

Señores:
Radiológico Country

ADVERTENCIA	**la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado, por tanto no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente no obliga a las partes.**
OBJETO	SERVICIO TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ODONTOLÓGICAS.
FIRMA COTIZANTE	Se debe indicar la calidad en la que se presenta, si es como persona natural, jurídica, en consorcio, promesa de sociedad futura o unión temporal
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	3 MESES DE LA FECHA DE EXPEDICION
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	TIPO DE IMÁGENES ODONTOLÓGICAS A REQUERIR: 1. RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS. 2. RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES (ALETAS DE MORDIDA). 3. RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES. 4. TOMOGRAFÍA EN RAYO DE CONO DE 1 A 3 DIENTES (CON LECTURA). NOTA: LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS TIPO TOMOGRAFÍA DEBEN ENTREGARSE CON INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA (LECTURA). DOCUMENTACIÓN TÉCNICA: 1. Anexar las licencias Vigentes del establecimiento de Radiología y Habilitación del servicio prestado, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud. 2. Anexar Fotocopias de Diplomas del personal que realizara el procedimiento de toma de radiografías y tomografías los cuales deben tener título como Tecnólogo en Rayos X, auxiliar de odontología, auxiliar de salud oral u odontólogo, siempre y cuando tengan el certificado de realización de curso de radioprotección (o su inclusión dentro del plan de estudios de su formación académica) 3. Anexar una certificación firmada por el representante legal en donde se compromete a: 3.1 Ofrecer una jornada de prestación del servicio amplia (que incluya sábados). 3.2 Entregar el mismo día la imagen diagnóstica tomada al paciente de los exámenes que así se requieran. 3.3 Entregar la tomografía en medio magnético e impresa y la lectura de la tomografía en medio físico (impreso). 3.4 Brindar a los usuarios la correcta bioseguridad en cada uno de los procedimientos realizados. 3.5 El proponente deberá diligenciar el formulario de certificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	**FORMA DE PAGO**	EL MINISTERIO se obliga a pagar el valor del presente contrato al CONTRATISTA, en pagos parciales por los servicios recibidos durante la vigencia del contrato o hasta agotar los recursos. Fecha de pago los 30 días siguientes a la fecha de APROBACIÓN de la factura y sus documentos soporte, de acuerdo a desembolsos realizados por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, previo cumplimiento y entrega de los siguientes requisitos y documentos: **1.** Recibo a Satisfacción emitido por el supervisor del contrato y después de agotados todos los trámites administrativos a que haya lugar: **2**. Certificación de pago al Sistema General de Seguridad Social Integral (Pago de aportes en Salud, Pensión y Sistema de Riesgos Laborales) y de Aportes Parafiscales (ICBF, SENA, Caja de Compensación Familiar), la cual debe ser expedida por el revisor fiscal de la empresa o el representante legal de la misma, en cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la ley 828 de 2003 y el Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007 **3**. La publicación en el SECOP II de la factura por el contratista una vez sea aprobada y radicada por la entidad.
VALOR OFRECIDO	Indicación específica de que quien cotiza deberá tener en cuenta todos los gastos en los que incurra por la suscripción, legalización y ejecución del contrato, como impuestos, publicaciones, constitución garantía única, transporte, operarios, etc.	
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACIÓN	ANEXAR COTIZACIÓN DE LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS PREVIAMENTE DESCRITAS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL. AL CORREO LIZETH.VILLAMIZAR@FAC.MIL.CO PLAZO LUNES 27DE MAYO DE 2024	



MY. NIYIRETH ROCÍO ROCHA OSORIO
Director Centro de Salud Oral Fuerza Aérea



TE. LIZETH ANDREA VILAMIZAR ACUÑA
Estructurador técnico de contrato

Bogotá, 23 de mayo de 2024

Señores
CENTRO DE SALUD ORAL FUERZA AÉREA COLOMBIANA – CEOFA
Atn. Teniente Lizeth Villamizar
Ciudad

Ref. Cotización Imágenes diagnósticas orales

Respetada Teniente Lizeth:

De conformidad con su requerimiento, me permito presentar los valores de los servicios requeridos relacionados en su solicitud:

ITEM	PRODUCTO	VALOR UNITARIO
1	RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS	$ 30.000
2	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES (ALETAS DE MORDIDA)	$ 25.000
3	TOMOGRAFIA EN RAYO DE CONO DE 1 A 3 DIENTES (CON LECTURA),	$ 154.000
4	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES, SUPERIOR E INFERIOR. (El valor representa el valor de c/u)	$ 30.000

Agradecemos su atención.



JUAN CARLOS MEJÍA OSSA
C.C. 19.439.936 de Bogotá
Representante Legal
Consultorio de Radiología Oral Country Ltda.
NIT. 800.121.035-9

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

SOLICITUD DE PRE-COTIZACIÓN

Fecha: 16-05-2024

Señores:
Panoramax

ADVERTENCIA	**la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado, por tanto no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente no obliga a las partes.**
OBJETO	SERVICIO TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ODONTOLÓGICAS.
FIRMA COTIZANTE	Se debe indicar la calidad en la que se presenta, si es como persona natural, jurídica, en consorcio, promesa de sociedad futura o unión temporal
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	3 MESES DE LA FECHA DE EXPEDICION
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	TIPO DE IMÁGENES ODONTOLÓGICAS A REQUERIR: 1. RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS. 2. RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES (ALETAS DE MORDIDA). 3. RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES. 4. TOMOGRAFÍA EN RAYO DE CONO DE 1 A 3 DIENTES (CON LECTURA). NOTA: LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS TIPO TOMOGRAFÍA DEBEN ENTREGARSE CON INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA (LECTURA). DOCUMENTACIÓN TÉCNICA: 1. Anexar las licencias Vigentes del establecimiento de Radiología y Habilitación del servicio prestado, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud. 2. Anexar Fotocopias de Diplomas del personal que realizara el procedimiento de toma de radiografías y tomografías los cuales deben tener título como Tecnólogo en Rayos X, auxiliar de odontología, auxiliar de salud oral u odontólogo, siempre y cuando tengan el certificado de realización de curso de radioprotección (o su inclusión dentro del plan de estudios de su formación académica) 3. Anexar una certificación firmada por el representante legal en donde se compromete a: 3.1 Ofrecer una jornada de prestación del servicio amplia (que incluya sábados). 3.2 Entregar el mismo día la imagen diagnóstica tomada al paciente de los exámenes que así se requieran. 3.3 Entregar la tomografía en medio magnético e impresa y la lectura de la tomografía en medio físico (impreso). 3.4 Brindar a los usuarios la correcta bioseguridad en cada uno de los procedimientos realizados. 3.5 El proponente deberá diligenciar el formulario de certificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	**FORMA DE PAGO**	EL MINISTERIO se obliga a pagar el valor del presente contrato al CONTRATISTA, en pagos parciales por los servicios recibidos durante la vigencia del contrato o hasta agotar los recursos. Fecha de pago los 30 días siguientes a la fecha de APROBACIÓN de la factura y sus documentos soporte, de acuerdo a desembolsos realizados por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, previo cumplimiento y entrega de los siguientes requisitos y documentos: **1.** Recibo a Satisfacción emitido por el supervisor del contrato y después de agotados todos los trámites administrativos a que haya lugar: **2**. Certificación de pago al Sistema General de Seguridad Social Integral (Pago de aportes en Salud, Pensión y Sistema de Riesgos Laborales) y de Aportes Parafiscales (ICBF, SENA, Caja de Compensación Familiar), la cual debe ser expedida por el revisor fiscal de la empresa o el representante legal de la misma, en cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la ley 828 de 2003 y el Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007 **3**. La publicación en el SECOP II de la factura por el contratista una vez sea aprobada y radicada por la entidad.
VALOR OFRECIDO	Indicación específica de que quien cotiza deberá tener en cuenta todos los gastos en los que incurra por la suscripción, legalización y ejecución del contrato, como impuestos, publicaciones, constitución garantía única, transporte, operarios, etc.	
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACIÓN	ANEXAR COTIZACIÓN DE LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS PREVIAMENTE DESCRITAS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL. AL CORREO LIZETH.VILLAMIZAR@FAC.MIL.CO PLAZO LUNES 27DE MAYO DE 2024	





MY. NIYIRETH ROCÍO ROCHA OSORIO
Director Centro de Salud Oral Fuerza Aérea

TE. LIZETH ANDREA VILAMIZAR ACUÑA
Estructurador técnico de contrato

Panoramax®
UNIDAD RADIOLÓGICA DENTOMAXILOFACIAL

Bogotá, 22 de mayo de 2024

Señores:
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

En esta oportunidad nos dirigimos a ustedes para presentarles la lista de precios para convenio.

Los pacientes serán atendidos por orden de llegada de lunes a viernes de 8:30am a 6:00pm y los sábados de 9:00am a 3:00pm en jornada continua.

NOTA: El resultado del TAC se entrega el mismo día dos horas después de la toma. El TAC con lectura se entregara un día después de la toma.

PANORAMAX Ltda.
NIT. 800.174 947 - 8

Cordialmente:

Maryori Lozada B
Área Comercial
Cel. 302 288 7391

Calle 49 No. 9-21 Bogotá
3384338 – 3384314
3022887391
www.panoramaxltda.net
info@panoramaxltda.net

Panoramax®
UNIDAD RADIOLÓGICA DENTOMAXILOFACIAL

Lunes a viernes 8:30 a.m. a 6:00 p.m.

Sábados 9:00 a.m. a 3:00 p.m.
Parqueadero gratis una hora
Se aceptan tarjetas de crédito y débito

LISTA DE PRECIOS 2024

RADIOGRAFÍA DIGITAL

RADIOLOGÍA DIGITAL EXTRAORAL

Panorámica	37.000	Senos Paranasales Pánorex	37.000
Perfil	37.000	Senos Paranasales Waters	37.000
Posteroanterior	37.000	Paquete Senos Paranasales	94.000
ATM técnica Pánorex	37.000	Carpograma	37.000
ATM técnica Transcraneal	70.000	Carpograma con diagnóstico	55.000
Cuerpo o Rama del maxilar	37.000	Submentón Vertex	37.000

RADIOLOGÍA DIGITAL INTRAORAL

Periapical	24.000	Juego Periapical - 1 placa	100.000
Periapical milimetrada	24.000	Juego Periapical magnificado - 4 placas	130.000
Coronal	24.000	Oclusal	25.000

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE RAYO DE CONO

TOMOGRAFÍA PROCESADA, IMPRESA Y CON CD		SIN PROCESAR
Zona (de 1 a 3 dientes seguidos)	127.000	*98.000*
Región maxilar (más de 4 dientes seguidos)	153.000	*110000*
Bimaxilar	285.000	*199.000*
Maxilar Superior o Maxilar Inferior	177.000	*129.000*
Endodoncia (alta resolución)	127.000	*98.000*
ATM (boca abierta y boca cerrada)	348.000	*243.000*
Senos maxilares	197.000	*136.000*
Lectura	27.000	

- Muchas gracias por remitirnos sus pacientes y permitirnos ser su aliado -

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

SOLICITUD DE PRE-COTIZACIÓN

Fecha: 16-05-2024

Señores:

MS Radiología Dentofacial

ADVERTENCIA	**la cotización solicitada servirá de base para la elaboración de un estudio de mercado, por tanto no constituye en sí misma una oferta y consecuentemente no obliga a las partes.**
OBJETO	SERVICIO TOMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ODONTOLÓGICAS.
FIRMA COTIZANTE	Se debe indicar la calidad en la que se presenta, si es como persona natural, jurídica, en consorcio, promesa de sociedad futura o unión temporal
VALIDEZ DE LA COTIZACIÓN	3 MESES DE LA FECHA DE EXPEDICION
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS	TIPO DE IMÁGENES ODONTOLÓGICAS A REQUERIR: 1. RADIOGRAFÍAS PANORÁMICAS. 2. RADIOGRAFÍAS INTRAORALES CORONALES (ALETAS DE MORDIDA). 3. RADIOGRAFÍAS INTRAORALES OCLUSALES. 4. TOMOGRAFÍA EN RAYO DE CONO DE 1 A 3 DIENTES (CON LECTURA). NOTA: LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS TIPO TOMOGRAFÍA DEBEN ENTREGARSE CON INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA (LECTURA). DOCUMENTACIÓN TÉCNICA: 1. Anexar las licencias Vigentes del establecimiento de Radiología y Habilitación del servicio prestado, expedidas por la Secretaría Distrital de Salud. 2. Anexar Fotocopias de Diplomas del personal que realizara el procedimiento de toma de radiografías y tomografías los cuales deben tener título como Tecnólogo en Rayos X, auxiliar de odontología, auxiliar de salud oral u odontólogo, siempre y cuando tengan el certificado de realización de curso de radioprotección (o su inclusión dentro del plan de estudios de su formación académica) 3. Anexar una certificación firmada por el representante legal en donde se compromete a: 3.1 Ofrecer una jornada de prestación del servicio amplia (que incluya sábados). 3.2 Entregar el mismo día la imagen diagnóstica tomada al paciente de los exámenes que así se requieran. 3.3 Entregar la tomografía en medio magnético e impresa y la lectura de la tomografía en medio físico (impreso). 3.4 Brindar a los usuarios la correcta bioseguridad en cada uno de los procedimientos realizados. 3.5 El proponente deberá diligenciar el formulario de certificación de cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN	**FORMA DE PAGO**	EL MINISTERIO se obliga a pagar el valor del presente contrato al CONTRATISTA, en pagos parciales por los servicios recibidos durante la vigencia del contrato o hasta agotar los recursos. Fecha de pago los 30 días siguientes a la fecha de APROBACIÓN de la factura y sus documentos soporte, de acuerdo a desembolsos realizados por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, previo cumplimiento y entrega de los siguientes requisitos y documentos: **1.** Recibo a Satisfacción emitido por el supervisor del contrato y después de agotados todos los trámites administrativos a que haya lugar: **2**. Certificación de pago al Sistema General de Seguridad Social Integral (Pago de aportes en Salud, Pensión y Sistema de Riesgos Laborales) y de Aportes Parafiscales (ICBF, SENA, Caja de Compensación Familiar), la cual debe ser expedida por el revisor fiscal de la empresa o el representante legal de la misma, en cumplimiento del Artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la ley 828 de 2003 y el Articulo 23 de la Ley 1150 de 2007 **3**. La publicación en el SECOP II de la factura por el contratista una vez sea aprobada y radicada por la entidad.
VALOR OFRECIDO	Indicación específica de que quien cotiza deberá tener en cuenta todos los gastos en los que incurra por la suscripción, legalización y ejecución del contrato, como impuestos, publicaciones, constitución garantía única, transporte, operarios, etc.	
PLAZO PARA PRESENTAR COTIZACIÓN	ANEXAR COTIZACIÓN DE LAS IMÁGENES DIAGNOSTICAS PREVIAMENTE DESCRITAS EN LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL. AL CORREO LIZETH.VILLAMIZAR@FAC.MIL.CO PLAZO LUNES 27DE MAYO DE 2024	



MY. NIYIRETH ROCÍO ROCHA OSORIO
Director Centro de Salud Oral Fuerza Aérea



TE. LIZETH ANDREA VILAMIZAR ACUÑA
Estructurador técnico de contrato

MS RADIOLOGIA DENTOFACIAL
RX DIGITAL

TOMOGRAFÍA 3D CONE BEAM
RADIOGRAFÍA INTRAORAL & EXTRAORAL
CEFALOMETRÍA COMPUTARIZADA
FOTOGRAFÍA CLÍNICA
MODELOS DE ESTUDIO

Mayo 27 2024
Bogotá, Colombia

Cotización para servicio de toma de imágenes diagnósticas odontológicas
FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA

Imagen odontológica	Precio
Radiografía panorámica	$29,000
Radiografías intraorales coronales (aletas de mordida)	$39,000
Radiografías intraorales oclusales	$24,000
Tomografía en rayo de cono 1 a 3 dientes (con lectura)	$153,000

Elsa Mireya Suarez M.
Cc 23552707