PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL

PROCESO DE MINIMA CUANTIA MC-CDB-016-2024

ANEXO

El/ los suscrito(s)_____, actuando en calidad de (INDICAR CALIDAD) del proponente (INDICAR NOMBRE DEL PROPONENTE CON SU IDENTIFICACIÓN – EN CASO DE PROPONENTE PLURAL, SEÑALAR EL NOMBRE DE CADA ASOCIADO Y EL PORCENTAJE EN LA CONFORMACIÓN), manifestó/amos al Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-, que, de acuerdo con el Pliego de Condiciones del **PROCESO No.** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, presento/amos la siguiente OFERTA ECONOMICA:

ITEM	SERVICIO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD
1,0 TRATAMIENTO ODONTOLOGICO			
1.1	Consulta Odontólogo General	Unidad/Evento	
1.2	Consulta Odontólogo Especialista	Unidad/Evento	
1.3	Consulta Urgencias	Unidad/Evento	

1.4	Control	Unidad/Evento	
2,0 RADILOGIA			
2.1	Periapical y Coronal	Unidad/Evento	
2.2	Oclusal	Unidad/Evento	
2.3	Panorámica	Unidad/Evento	
2.4	Perfil	Unidad/Evento	
2.5	A.T.M.	Unidad/Evento	
2.6	Fotografía Clínica	Unidad/Evento	
2.7	5 fotos	Unidad/Evento	

2.8	Paquete Ortodoncia (panorámica-perfil-modelos y 5 fotos)	Unidad/Evento	
2.9	Paquete Ortopedia (panorámica-perfil- modelos)	Unidad/Evento	
3,0 OPERATORIA			
3.1	Obturación 1 superficie Amalgama	Unidad/Evento	
3.2	Superficie adicional	Unidad/Evento	
3.3	Obturación 1 superficie Resina	Unidad/Evento	
3.4	Superficie adicional	Unidad/Evento	
3.5	Colocación Pin Milimétrico	Unidad/Evento	
3.6	Reconstrucción Angulo Incisal (Forma Plástica)	Unidad/Evento	

3.7	Obturación una Superficie en lonomero	Unidad/Evento	
3.8	Superficie adicional	Unidad/Evento	
3.9	Reconstrucción tercio incisal con Resina defotocurado	Unidad/Evento	
3.10	Frente estético por diente	Unidad/Evento	
4,0 ENDODONCIA			
4.1	Blanqueamiento Dental	Unidad/Evento	
4.2	Uniradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	Unidad/Evento	
4.3	Birradicular (Incluido Rx) Diente Permanente	Unidad/Evento	
4.4	Multirradicular (Incluye Rx) Diente Permanente	Unidad/Evento	

4.5	Apexificación y/o Apexicogenesis con MTA	Unidad/Evento	
4.6	Apicectomia Dientes Uniradiculares	Unidad/Evento	
4.7	Apicectomia Dientes Birradiculares	Unidad/Evento	
4.8	Obturación vía apical en Anteriores	Unidad/Evento	
4.9	Obturación vía apical en Premolares	Unidad/Evento	
4.10	Biopulpectomia en anteriores y posteriores	Unidad/Evento	
4.11	Retratamiento Diente Uniradicular	Unidad/Evento	
4.12	Retratamiento Diente Birradicular	Unidad/Evento	
4.13	Retratamiento Diente Multirradicular	Unidad/Evento	

4.14	Cirugía Apical	Unidad/Evento	
5,0 ODONTOPEDIATRIA			
5.1	Sesión de Adaptación	Unidad/Evento	
5.2	Frenectomía	Unidad/Evento	
5.3	Tratamiento de Conductos Dientes Temporales	Unidad/Evento	
5.4	Corona de Acero	Unidad/Evento	
5.5	Corona de Policarbonato	Unidad/Evento	
5.6	Exodoncia de Dientes Temporales	Unidad/Evento	
5.7	Pulpotomía	Unidad/Evento	

5.8	Sellante por Diente	Unidad/Evento	
5.9	Fluorización y/o Profilaxis	Unidad/Evento	
6,0 CIRUGIA ORAL			
6.1	Exodoncia Simple Uniradicular y Multirradicular	Unidad/Evento	
6.2	Cirugía Diente Incluido	Unidad/Evento	
6.3	Exodoncia Método Abierto	Unidad/Evento	
6.4	Exodoncia Semi-Incluidos	Unidad/Evento	
6.5	Exicisión Radical de Lesión Tejidos Blandos, etc.	Unidad/Evento	
6.6	Capuchón Pericoronario	Unidad/Evento	

6.7	Ligadura de Diente con Alambre	Unidad/Evento	
6.8	Ventana Quirúrgica	Unidad/Evento	
6.9	Drenaje de Absceso Dentario Intraoral	Unidad/Evento	
7,0 PROSTODONCIA			
7.1	Prótesis Total Superior o Inferior (uno cada 3 años)	Unidad/Evento	
7.2	Prótesis Parcial Mucosoportada hasta (incluye 3 controles post-entrega de tratamiento)	Unidad/Evento	
7.3	Prescripción y Reparación de Prótesis fija o removible	Unidad/Evento	
7.4	Prótesis Dentomucosoportada o combinada 1 a 5 dientes (una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento)	Unidad/Evento	

7.5	Prótesis Dentomucosoportada o combinada más de 5 dientes(una cada 3 años incluye 3 controles post tratamiento)	Unidad/Evento	
7.6	Por cada pieza a reemplazar	Unidad/Evento	
7.7	Corona Completa Metal- Porcelana (garantía de 2 años con cumplimiento de recomendaciones por parte del paciente)	Unidad/Evento	
7.8	Núcleo en Metal	Unidad/Evento	
7.9	Placa Neuromiorelajante	Unidad/Evento	
7.10	Temporalización	Unidad/Evento	
7.11	Modelo de Estudio	Unidad/Evento	

7.12	Incrustación en Metal	Unidad/Evento	
7.13	Tallado Selectivo	Unidad/Evento	
7.14	Rebase de Prótesis Dental Acrílica	Unidad/Evento	
7.15	Retiro de Prótesis Fija sobre Pilar	Unidad/Evento	
7.16	Reconstrucción de Muñón en lonomero	Unidad/Evento	
8,0 PERIODONCIA			
8.1	Férula Superior o Inferior por Cuadrante	Unidad/Evento	
8.2	Gingivectomia y Gingivoplastia por Cuadrante	Unidad/Evento	
8.3	Raspado y Alisado Radicular por Cuadrante	Unidad/Evento	

8.4	Curetaje a Campo Abierto por Cuadrante	Unidad/Evento	
8.5	Curetaje a Campo Cerrado por Cuadrante	Unidad/Evento	
8.6	Injerto Óseo de 1 o más Paredes y/o Injerto	Unidad/Evento	
8.7	Colgajo Posicionado Lateral y/o Apical	Unidad/Evento	
8.8	Detartraje Supra y Subgingival por Cuadrante	Unidad/Evento	
9,0 ORTODONCIA CORRECTIVA			
9.1	Cuota Inicial	Unidad/Evento	
9.2	Segundo Pago	Unidad/Evento	
9.3	Tercer Pago	Unidad/Evento	

9.4	Cuarto Pago	Unidad/Evento	
9.5	Placas de Hawley	Unidad/Evento	
10, ORTOPEDIA MAXILAR			
10.1	Plano Inclinado	Unidad/Evento	
10.2	Arco Lingual	Unidad/Evento	
10.3	Mantenedor de Espacio Removible	Unidad/Evento	
10.4	Mantenedor de Espacio Fijo Unilateral	Unidad/Evento	
10.5	Placa para Corrección de Habito	Unidad/Evento	
10.6	Botón de Nance	Unidad/Evento	

10.7	Placa de Hawley con o sin Aditamentos	Unidad/Evento	
10.8	Activador	Unidad/Evento	
10.9	Aparatos Extraorales	Unidad/Evento	
10.10	Spring a Liner	Unidad/Evento	
10.11	Placa Circunferencial con Banda Vestibular	Unidad/Evento	
10.12	Mentonera Mascara Facial	Unidad/Evento	
10.13	Traxión Extraoral	Unidad/Evento	
10.14	Quad Helix (Incluye Bandas)	Unidad/Evento	
10.15	Mascara Facial	Unidad/Evento	

10.16	Disyuntor Hirax	Unidad/Evento	
10.17	Placa Eishler	Unidad/Evento	
10.18	Frankell III Bimbler Klamp Bionator (Activador) SN	Unidad/Evento	
10.19	Pistas Clase II y III	Unidad/Evento	

VALOR TOTAL:

Firma Representante Legal del proponente
Nombre:
Documento Identidad

Así mismo declaró que conozco y acepto el alcance del objeto del contrato, contenido el estudio previo y en caso de resultar adjudicatario, me comprometo a desarrollarlo bajo los parámetros establecidos por la entidad.

NOMBRE DEL PROPONENTE:
NIT o C.C.:
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

C.C.:
FIRMA DEL REPRESENTE LEGAL:
DIRECCION:
TELEFONO:

Los demás aspectos de los documentos y pliegos definitivos del proceso, no referidos aquí o en la plataforma, se mantienen incólumes.