Neiva-Huila. 04 de Mayo de 2026

Señora Mayor
ANGELICA TATIANA VARGAS RAMOS
Gerente de Proyecto
Proceso N°**131-DISAN-EJC/CENAC REGIONAL NEIVA–2026**

ASUNTO: Informe de Evaluación Económica y Financiera del **PROCESO DE SELECCIÓN MINIMA CUANTIA No. 131-DISAN-EJC/CENAC REGIONAL NEIVA–2026 LOTE 1 Y LOTE 2.**

Respetuosamente, remito a la Señora **MY. ANGELICA TATIANA VARGAS RAMOS** Gerente de Proyecto el Informe de Evaluación Financiera y Económica del proceso de Mínima Cuantía **131-DISAN-EJC/CENAC REGIONAL NEIVA–2026**, cuyo objeto es ***"SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS09 EN LA CIUDAD DE NEIVA (HUILA) Y SUS SATÉLITES CENTRALIZADOS UBAM BIMAG EN EL MUNICIPIO DE PITALITO (HUILA) Y UBAM BIPIG EN EL MUNICIPIO DE GARZÓN (HUILA), PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2026".*** Al cierre del proceso, se registran DOS (02) ofertas en la Plataforma SECOP II:

LISTA DE OFERTAS

Referencia de oferta	Entidad	Evaluación	Presentada
OFERTA SONRISAS SANAS 2026 - MC-131-DISAN	CLÍNICAS SONRISAS SANAS EU GARZÓN	Oferta en evaluación	30/04/2026 9:45 AM
EJERECITO 202604	SALUD PLENA SAS	Oferta en evaluación	29/04/2026 11:35 AM

No.	Entidad	No. Lote	Oferta
1	SALUD PLENA SAS	1	266.273.635,00
2	CLINICAS ODONTOLOGICAS SONRISAS SANAS EU GARZON	2	7.385.000,00

1). <u>LOTE 1</u>: SALUD PLENA SAS

DILIGENCIAR EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO PARA EL LOTE No. 1 NEIVA (HUILA) - ($80.000.000,00)

Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

							Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
							80.000.000,00	80.000.000,00
lo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
	85121700	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS09 (ESM BASPC09) EN LA CIUDAD DE NEIVA (HUILA), VIGENCIA AÑO 2026	1,00	VG	80.000.000,00	80.000.000,00	80.000.000,00	80.000.000,00

- **<u>PROPUESTA ECONÓMICA</u>**

ITEM	CODIGO UNSPSC (CCE)	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO DE REFERENCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO INCLUIDO IVA (si aplica)	VALOR UNITARIO OFERTADO INCLUIDO IVA (REDONDEADO A NUMERO ENTERO)
A-02-02-02-009-003 SERVICIO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES.								
"SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS09 EN LA CIUDAD DE NEIVA HUILA Y SUS SATELITES CENTRALIZADOS UBAM BIPIG EN EL MUNICIPIO DE GARZON HUILA Y UBAM BIMG EN EL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2026"								
1	85121700	227100	CIERRE DE FISTULA DE SENO MAXILAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	164.327,00	156.111,00	156.111,00
2	85121700	227101	CIERRE DE FISTULA OROANTRAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	182.564,00	173.436,00	173.436,00
3	85121700	227901	RECONSTRUCCION DE CONDUCTO FRONTONASAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	416.097,00	395.292,00	395.292,00
4	85121700	230100	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	83.591,00	79.411,00	79.411,00
5	85121700	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	66.458,00	63.135,00	63.135,00
6	85121700	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	78.400,00	74.480,00	74.480,00
7	85121700	230103	EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	98.437,00	93.515,00	93.515,00
8	85121700	230200	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	38.301,00	36.386,00	36.386,00
9	85121700	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	39.721,00	37.735,00	37.735,00
10	85121700	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.130,00	42.874,00	42.874,00
11	85121700	230203	EXODONCIA DE DIENTES TEMPORALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	38.809,00	36.869,00	36.869,00
12	85121700	231100	EXODONCIA QUIRÚRGICA UNIRRADICULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	128.432,00	122.010,00	122.010,00
13	85121700	231200	EXODONCIA QUIRÚRGICA MULTIRRADICULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	176.098,00	167.293,00	167.293,00
14	85121700	231300	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	257.727,00	244.841,00	244.841,00
15	85121700	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	278.294,00	264.379,00	264.379,00
16	85121700	231302	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICIÓN ECTÓPICA CON ABORDAJE EXTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	366.924,00	348.578,00	348.578,00
17	85121700	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	254.706,00	241.971,00	241.971,00
18	85121700	231400	EXODONCIAS MÚLTIPLES CON ALVEOLOPLASTIA, POR CUADRANTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	255.996,00	243.196,00	243.196,00
19	85121700	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRÚRGICA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	200.010,00	190.010,00	190.010,00
20	85121700	232101	OBTURACIÓN DENTAL CON AMALGAMA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	30.133,00	28.626,00	28.626,00
21	85121700	232102	OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	58.366,00	55.448,00	55.448,00
22	85121700	232103	OBTURACIÓN DENTAL CON IONÓMERO DE VIDRIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	30.702,00	29.167,00	29.167,00
23	85121700	232200	OBTURACION TEMPORAL POR DIENTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	31.640,00	30.058,00	30.058,00
24	85121700	232300	COLOCACIÓN DE PIN MILIMÉTRICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	89.202,00	84.742,00	84.742,00
25	85121700	2323400	RECONSTRUCCION DENTAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	146.167,00	138.859,00	138.859,00
26	85121700	232401	RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	129.893,00	123.398,00	123.398,00
27	85121700	232402	RECONSTRUCCIÓN TERCIO INCISAL, CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	189.967,00	180.469,00	180.469,00
28	85121700	233100	RESTAURACIÓN DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACIÓN METÁLICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	436.412,00	414.591,00	414.591,00
29	85121700	233200	RESTAURACION DE DIENTES MEDIANTE INCRUSTACION NO METALICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	488.285,00	463.871,00	463.871,00
30	85121700	234100	COLOCACION O APLICACION DE CORONA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	68.173,00	64.764,00	64.764,00
31	85121700	234101	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN ACERO INOXIDABLE (PARA DIENTES TEMPORALES)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	104.652,00	99.419,00	99.419,00
32	85121700	234102	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN POLICARBOXILATO (PARA DIENTES TEMPORALES)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	104.897,00	99.652,00	99.652,00
33	85121700	234103	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA EN FORMA PLÁSTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	102.051,00	96.948,00	96.948,00
34	85121700	234104	COLOCACIÓN O APLICACIÓN DE CORONA ACRÍLICA TERMOCURADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	101.534,00	96.457,00	96.457,00
35	85121700	234105	INSERCIÓN O APLICACIÓN DE CORONA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	626.899,00	595.554,00	595.554,00
36	85121700	234201	COLOCACIÓN O INSERCIÓN DE PRÓTESIS FIJA CADA UNIDAD (PILAR Y PÓNTICOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	617.982,00	587.083,00	587.083,00
37	85121700	234202	RECONSTRUCCIÓN DE MUÑONES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	91.515,00	86.939,00	86.939,00
38	85121700	234203	PATRÓN DE NÚCLEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	136.761,00	129.923,00	129.923,00
39	85121700	234204	REPARACIÓN DE PRÓTESIS FIJA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	91.003,00	86.453,00	86.453,00
40	85121700	234301	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) MUCOSOPORTADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	627.237,00	595.875,00	595.875,00
41	85121700	234302	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL (SUPERIOR O INFERIOR) DENTOMUCOSOPORTADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	895.281,00	850.517,00	850.517,00
42	85121700	234303	REPARACIÓN DE PRÓTESIS REMOVIBLE PARCIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.104,00	67.549,00	67.549,00
43	85121700	234401	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	999.185,00	949.226,00	949.226,00
44	85121700	234402	INSERCIÓN, ADAPTACIÓN Y CONTROL DE PRÓTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL SUPERIOR E INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	890.781,00	846.242,00	846.242,00
45	85121700	235100	REIMPLANTE DE DIENTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	186.584,00	177.255,00	177.255,00
46	85121700	235200	TRANSPLANTE DE DIENTE (INTENCIONAL) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	263.184,00	250.025,00	250.025,00
47	85121700	236100	IMPLANTE ALOPLÁSTICO CERÁMICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.084.341,00	1.030.124,00	1.030.124,00
48	85121700	236200	IMPLANTE ALOPLÁSTICO METALICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.016.324,00	965.508,00	965.508,00
49	85121700	236300	IMPLANTE DENTAL ALOPLASTICO (OSEOINTEGRACION) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.212.300,00	2.101.685,00	2.101.685,00
50	85121700	237100	PULPOTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	122.217,00	116.106,00	116.106,00
51	85121700	237101	PULPOTOMÍA CON PULPECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	121.731,00	115.644,00	115.644,00
52	85121700	237102	PULPOTOMÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	98.883,00	93.939,00	93.939,00
53	85121700	237200	APEXIFICACIÓN (INDUCCIÓN DE APEXOGÉNESIS) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	147.026,00	139.675,00	139.675,00
54	85121700	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	128.847,00	122.405,00	122.405,00
55	85121700	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	241.641,00	229.559,00	229.559,00
56	85121700	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	380.455,00	361.432,00	361.432,00
57	85121700	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	106.527,00	101.201,00	101.201,00
58	85121700	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	155.266,00	147.503,00	147.503,00

59	85121700	237306	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	200.510,00	190.485,00	190.485,00
60	85121700	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMÍA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGÍA PERIRRADICULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	508.987,00	483.538,00	483.538,00
61	85121700	237501	PROCEDIMIENTO CORRECTIVO EN RESORCION RADICULAR (INTERNA Y EXTERNA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	393.988,00	374.289,00	374.289,00
62	85121700	237502	PROCEDIMIENTOS CORRECTIVOS EN FRACTURAS RADICULARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	462.232,00	439.120,00	439.120,00
63	85121700	237600	FISTULIZACION ENDODONTICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	138.966,00	132.018,00	132.018,00
64	85121700	237601	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR TREPANACIÓN Y DRENAJE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	117.639,00	111.757,00	111.757,00
65	85121700	237602	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA POR INCISIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	157.920,00	150.024,00	150.024,00
66	85121700	237603	FISTULIZACIÓN ENDODÓNTICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	93.999,00	89.299,00	89.299,00
67	85121700	237700	RADECTOMIA (AMPUTACION RADICULAR) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	121.877,00	115.783,00	115.783,00
68	85121700	237701	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) ÚNICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	141.679,00	134.595,00	134.595,00
69	85121700	237702	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR) MÚLTIPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	172.825,00	164.184,00	164.184,00
70	85121700	237703	RADECTOMIA (AMPUTACIÓN RADICULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	144.962,00	137.714,00	137.714,00
71	85121700	237800	HEMISECCION DEL DIENTE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	159.918,00	151.922,00	151.922,00
72	85121700	237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRÍNSECO) POR CAUSAS ENDODÓNTICAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	125.857,00	119.564,00	119.564,00
73	85121700	237902	EXPLORACIÓN Y MOVILIZACIÓN DE NERVIO DENTARIO INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	288.539,00	274.112,00	274.112,00
74	85121700	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	90.487,00	85.963,00	85.963,00
75	85121700	240300	ALISADO RADICULAR, CAMPO CERRADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	117.257,00	111.394,00	111.394,00
76	85121700	240400	DRENAJE DE COLECCIÓN PERIODONTAL (CERRADO CON ALISADO RADICULAR) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	112.922,00	107.276,00	107.276,00
77	85121700	241100	BIOPSIA DE ENCIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	125.618,00	119.337,00	119.337,00
78	85121700	241101	BIOPSIA INCISIONAL DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	119.800,00	113.810,00	113.810,00
79	85121700	241102	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA CON CIERRE PRIMARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	108.153,00	102.745,00	102.745,00
80	85121700	241103	BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	224.055,00	212.852,00	212.852,00
81	85121700	241104	BIOPSIA DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	126.465,00	120.142,00	120.142,00
82	85121700	241200	BIOPSIA DE PARED ALVEOLAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	105.097,00	99.842,00	99.842,00
83	85121700	242100	PLASTIA MUCOGINGIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	145.323,00	138.057,00	138.057,00
84	85121700	242101	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTOS PEDICULADOS (COLGAJOS PEDICULADOS)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	213.563,00	202.885,00	202.885,00
85	85121700	242102	PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	220.450,00	209.428,00	209.428,00
86	85121700	242103	PLASTIA MUCOGINGIVAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	143.478,00	136.304,00	136.304,00
87	85121700	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	156.605,00	148.775,00	148.775,00
88	85121700	242202	CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	239.905,00	227.910,00	227.910,00
89	85121700	242204	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	241.849,00	229.757,00	229.757,00
90	85121700	242205	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (CON MATERIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.392.926,00	1.323.280,00	1.323.280,00
91	85121700	242300	PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLINICA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	166.730,00	158.394,00	158.394,00
92	85121700	242400	REPARACIÓN O PLASTIA PERIODONTAL REGENERATIVA (INJERTOS, MEMBRANAS) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.522.349,00	1.446.232,00	1.446.232,00
93	85121700	243100	ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	148.053,00	140.650,00	140.650,00
94	85121700	243101	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	209.058,00	198.605,00	198.605,00
95	85121700	243102	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	290.122,00	275.616,00	275.616,00
96	85121700	243103	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA HASTA DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	288.903,00	274.458,00	274.458,00
97	85121700	243104	ESCISIÓN DE LESIÓN BENIGNA NO ENCAPSULADA EN ENCÍA DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	220.766,00	209.728,00	209.728,00
98	85121700	243105	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA SIN VACIAMIENTO GANGLIONAR NI RESECCIÓN DE ESTRUCTURAS VECINAS U ÓSEAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	402.860,00	382.717,00	382.717,00
99	85121700	243106	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, PISO DE BOCA O LENGUA CON CIERRE PRIMARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	726.190,00	689.881,00	689.881,00
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	989.136,00	939.679,00	939.679,00
101	85121700	243108	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO PEDICULADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	887.854,00	843.461,00	843.461,00
102	85121700	243109	ESCISIÓN DE LESIÓN MALIGNA DE ENCÍA CON VACIAMIENTO GANGLIONAR, RESECCIÓN ÓSEA Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA Y COLGAJO LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.741.919,00	1.654.823,00	1.654.823,00
103	85121700	243110	RESECCIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	199.642,00	189.660,00	189.660,00
104	85121700	243201	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MENOR DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	114.690,00	108.956,00	108.956,00
105	85121700	243202	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA, MAYOR DE TRES CENTÍMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	132.370,00	125.752,00	125.752,00
106	85121700	243203	SUTURA DE LACERACIÓN DE ENCÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	113.566,00	107.888,00	107.888,00
107	85121700	243300	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	769.795,00	731.305,00	731.305,00
108	85121700	243301	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA INTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	299.073,00	284.119,00	284.119,00
109	85121700	243302	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE, VÍA EXTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	328.412,00	311.991,00	311.991,00
110	85121700	243303	ENUCLEACIÓN DE QUISTE EPIDERMOIDE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	300.982,00	285.933,00	285.933,00
111	85121700	243400	GINGIVECTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	118.248,00	112.336,00	112.336,00
112	85121700	243500	OPERCULECTOMÍA NCOC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	93.093,00	88.438,00	88.438,00
113	85121700	243501	CUÑA DISTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	96.347,00	91.530,00	91.530,00
114	85121700	243502	OPERCULECTOMÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	97.051,00	92.198,00	92.198,00
115	85121700	244100	ESCISIÓN DE LESIÓN ODONTOGENICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	297.240,00	282.378,00	282.378,00
116	85121700	244101	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO HASTA DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	303.360,00	288.192,00	288.192,00
117	85121700	244102	ENUCLEACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO DE MÁS DE TRES CENTÍMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	327.753,00	311.365,00	311.365,00
118	85121700	244103	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	365.978,00	347.679,00	347.679,00

119	85121700	244104	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA CON INJERTO ÓSEO LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	490.459,00	465.936,00	465.936,00
120	85121700	244105	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO PEDICULADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	517.933,00	492.036,00	492.036,00
121	85121700	244106	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO ÓSEO LIBRE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	507.806,00	482.416,00	482.416,00
122	85121700	244107	RESECCIÓN DE TUMOR BENIGNO O MALIGNO ODONTOGÉNICO Y RECONSTRUCCIÓN CON PLACA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	487.275,00	462.911,00	462.911,00
123	85121700	244108	MARSUPIALIZACIÓN DE QUISTE ODONTOGÉNICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	169.662,00	161.179,00	161.179,00
124	85121700	244109	RESECCIÓN DE LESIÓN ODONTOGÉNICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	422.520,00	401.394,00	401.394,00
125	85121700	245100	REGULARIZACIÓN DE REBORDES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	159.947,00	151.950,00	151.950,00
126	85121700	245200	ALVEOLECTOMÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	141.518,00	134.442,00	134.442,00
127	85121700	247100	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA PARA ORTODONCIA (ARCADA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.521.820,00	1.445.729,00	1.445.729,00
128	85121700	247201	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE INTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	515.156,00	489.398,00	489.398,00
129	85121700	247202	COLOCACIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE EXTRAORAL PARA ORTODONCIA (ARCADA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	580.964,00	551.916,00	551.916,00
130	85121700	247300	COLOCACIÓN DE APARATOS DE RETENCIÓN SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	272.488,00	258.864,00	258.864,00
131	85121700	247400	FERULIZACION SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	83.921,00	79.725,00	79.725,00
132	85121700	247401	FERULIZACIÓN RÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	126.037,00	119.735,00	119.735,00
133	85121700	247402	FERULIZACIÓN SEMIRÍGIDA (SUPERIOR O INFERIOR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	85.462,00	81.189,00	81.189,00
134	85121700	247403	FERULIZACIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	84.314,00	80.098,00	80.098,00
135	85121700	248100	CIERRE DE DIASTEMA (ALVEOLAR, DENTAL) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	497.479,00	472.605,00	472.605,00
136	85121700	248200	AJUSTAMIENTO OCLUSAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	376.992,00	358.142,00	358.142,00
137	85121700	248400	REPARACIÓN DE APARATOLOGÍA FIJA O REMOVIBLE SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	156.124,00	148.318,00	148.318,00
138	85121700	248800	MÁSCARA FACIAL TERAPÉUTICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	815.333,00	774.566,00	774.566,00
139	85121700	249100	CONTROL DE HEMORRAGIA DENTAL POS QUIRÚRGICA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	61.033,00	57.981,00	57.981,00
140	85121700	250100	BIOPSIA CERRADA [PUNCION] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	147.568,00	140.190,00	140.190,00
141	85121700	250200	BIOPSIA ABIERTA DE LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	165.049,00	156.797,00	156.797,00
142	85121700	250201	BIOPSIA EN CUÑA O POR TRUCUT DE LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	182.295,00	173.180,00	173.180,00
143	85121700	250202	BIOPSIA INCISIONAL DE LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.628,00	162.097,00	162.097,00
144	85121700	250203	BIOPSIA ESCISIONAL DE LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	168.446,00	160.024,00	160.024,00
145	85121700	251000	RESECCIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL EN LA LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	167.084,00	158.730,00	158.730,00
146	85121700	251100	RESECCIÓN DE LESIÓN PROFUNDA EN LA LENGUA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	301.949,00	286.852,00	286.852,00
147	85121700	255100	SUTURA DE LACERACIÓN DE LENGUA (GLOSORRAFIA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	118.399,00	112.479,00	112.479,00
148	85121700	255901	GLOSOPLASTIA CON INJERTO CUTÁNEO O MUCOSO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	479.128,00	455.172,00	455.172,00
149	85121700	255902	GLOSOPEXIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	272.320,00	258.704,00	258.704,00
150	85121700	255903	PLASTIA DE FRENILLO LINGUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	192.369,00	182.751,00	182.751,00
151	85121700	256100	FRENILLECTOMÍA LINGUAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	123.543,00	117.366,00	117.366,00
152	85121700	256301	DRENAJE DE COLECCIÓN EN LENGUA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	194.858,00	185.115,00	185.115,00
153	85121700	260100	SIALOLITOTOMÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	261.253,00	248.190,00	248.190,00
154	85121700	260200	EXPLORACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	205.274,00	195.010,00	195.010,00
155	85121700	260300	DRENAJE DE GLÁNDULA SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	178.262,00	169.349,00	169.349,00
156	85121700	261100	BIOPSIA CERRADA [PUNCION] [ASPIRACION CON AGUJA FINA] DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	182.460,00	173.337,00	173.337,00
157	85121700	261200	BIOPSIA ABIERTA DE GLÁNDULA O CONDUCTO SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	175.051,00	166.298,00	166.298,00
158	85121700	261201	BIOPSIA ESCIONAL DE GLANDULA SALIVAR MENOR (CON CONDUCTO SALIVAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	175.051,00	166.298,00	166.298,00
159	85121700	262101	MARSUPIALIZACIÓN DE LA RÁNULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	225.122,00	213.866,00	213.866,00
160	85121700	262901	RESECCIÓN DE MUCOCELE DE GLANDULA SALIVAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	170.074,00	161.570,00	161.570,00
161	85121700	263000	SIALOADENECTOMÍA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	286.494,00	272.169,00	272.169,00
162	85121700	263100	SIALOADENECTOMÍA PARCIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	243.244,00	231.082,00	231.082,00
163	85121700	263101	PAROTIDECTOMIA DEL LOBULO SUPERFICIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	587.714,00	558.328,00	558.328,00
164	85121700	263200	SIALOADENECTOMIA TOTAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	459.639,00	436.657,00	436.657,00
165	85121700	263201	PAROTIDECTOMIA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	533.414,00	506.743,00	506.743,00
166	85121700	263202	PAROTIDECTOMIA TOTAL CONSERVADORA DEL VII PAR CRANEAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	404.559,00	384.331,00	384.331,00
167	85121700	263203	SIALOADENECTOMÍA DE GLANDULA SUBLINGUAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	279.651,00	265.668,00	265.668,00
168	85121700	263204	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULA SUBMAXILAR (SUBMANDIBULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	431.282,00	409.718,00	409.718,00
169	85121700	263205	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS PALATINAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	440.405,00	418.385,00	418.385,00
170	85121700	263206	SIALOADENECTOMIA DE GLANDULAS SALIVALES MENORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	239.484,00	227.510,00	227.510,00
171	85121700	264100	CIERRE O REPARACIÓN SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	265.772,00	252.483,00	252.483,00
172	85121700	264101	CIERRE O REPARACIÓN SALIVAL SIN INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	256.415,00	243.594,00	243.594,00
173	85121700	264200	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	260.792,00	247.752,00	247.752,00
174	85121700	264201	CIERRE O REPARACIÓN DE FÍSTULA SALIVAL CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	428.051,00	406.648,00	406.648,00
175	85121700	264900	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	207.311,00	196.945,00	196.945,00
176	85121700	264901	SIALOPLASTIA (REPARACIÓN DEL CONDUCTO) CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	346.223,00	328.912,00	328.912,00
177	85121700	264902	FISTULIZACIÓN DE GLÁNDULA SALIVAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	182.374,00	173.255,00	173.255,00
178	85121700	269100	EXPLORACION DE CONDUCTO SALIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	179.688,00	170.704,00	170.704,00
179	85121700	269301	CATETERIZACIÓN Y SIALOMETRÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	187.030,00	177.679,00	177.679,00
180	85121700	270100	INCISIÓN Y DRENAJE EN CAVIDAD BUCAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	222.157,00	211.049,00	211.049,00
181	85121700	270101	INCISIÓN Y DRENAJE INTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	222.303,00	211.188,00	211.188,00
182	85121700	270102	INCISIÓN Y DRENAJE EXTRAORAL EN CAVIDAD BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	257.272,00	244.408,00	244.408,00
183	85121700	271100	DRENAJE DE ABSCESO DE PALADAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	220.935,00	209.888,00	209.888,00
184	85121700	272101	BIOPSIA DE UVULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	245.870,00	233.577,00	233.577,00
185	85121700	272102	BIOPSIA INCISIONAL DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	245.113,00	232.857,00	232.857,00
186	85121700	272103	BIOPSIA ESCISIONAL DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	248.777,00	236.338,00	236.338,00
187	85121700	272300	BIOPSIA DE LABIO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	248.008,00	235.608,00	235.608,00
188	85121700	272301	BIOPSIA INCISIONAL DE LABIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	226.104,00	214.799,00	214.799,00
189	85121700	272302	BIOPSIA ESCISIONAL DE LABIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	248.777,00	236.338,00	236.338,00
190	85121700	272400	BIOPSIA DE PARED DE CAVIDAD BUCAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	252.760,00	240.122,00	240.122,00
191	85121700	272401	BIOPSIA POR ASPIRACION CON AGUJA FINA EN CAVIDAD ORAL [BACAF]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	249.890,00	237.396,00	237.396,00
192	85121700	273100	ESCISION LOCAL DE LESION EN PALADAR OSEO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	142.755,00	135.617,00	135.617,00
193	85121700	273101	ESCISIÓN DE LESIÓN SUPERFICIAL DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	177.654,00	168.771,00	168.771,00
194	85121700	273102	RESECCION LOCAL DEL PALADAR POR CAUTERIZACION O CRIOTERAPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	448.815,00	426.374,00	426.374,00

195	85121700	273103	RESECCION LOCAL DEL PALADAR POR QUIMIOTERAPIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	565.746,00	537.459,00	537.459,00
196	85121700	273200	ESCISION AMPLIA DE LESION EN PALADAR OSEO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	351.275,00	333.711,00	333.711,00
197	85121700	273201	ESCISIÓN DE LESIÓN PROFUNDA DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	359.124,00	341.168,00	341.168,00
198	85121700	273202	RESECCION EN BLOQUE DE APOFISIS ALVEOLAR Y PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	501.760,00	476.672,00	476.672,00
199	85121700	273203	PALATECTOMIA PARCIAL NCOC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	372.815,00	354.174,00	354.174,00
200	85121700	273204	PALATECTOMIA TOTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	478.179,00	454.270,00	454.270,00
201	85121700	274100	FRENILLECTOMIA LABIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	199.651,00	189.668,00	189.668,00
202	85121700	274200	ESCISIÓN DE LESIÓN DE LABIO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	161.781,00	153.692,00	153.692,00
203	85121700	274201	RESECCION PARCIAL DE LABIO POR TUMOR MALIGNO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	281.648,00	267.566,00	267.566,00
204	85121700	274202	RESECCION PARCIAL DE LABIO POR TUMOR MALIGNO, CON ROTACION DE COLGAJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	312.666,00	297.033,00	297.033,00
205	85121700	274203	RESECCION TOTAL DE LABIO POR TUMOR MALIGNO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	377.918,00	359.022,00	359.022,00
206	85121700	274300	ESCISION DE LESION EN MUCOSA ORAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	204.392,00	194.172,00	194.172,00
207	85121700	274301	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL,HASTA DE DOS CENTIMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	164.598,00	156.368,00	156.368,00
208	85121700	274302	RESECCIÓN DE LESIÓN BENIGNA DE LA MUCOSA ORAL, MAYOR DE DOS CENTIMETROS DE DIÁMETRO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	126.390,00	120.071,00	120.071,00
209	85121700	274303	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	316.146,00	300.339,00	300.339,00
210	85121700	274304	RESECCION DE TUMOR MALIGNO DE MUCOSA ORAL, CON COLGAJO LOCAL O A DISTANCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	397.547,00	377.670,00	377.670,00
211	85121700	274400	RESECCION DE FOSETAS LABIALES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	217.871,00	206.977,00	206.977,00
212	85121700	274901	REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	147.487,00	140.113,00	140.113,00
213	85121700	274902	RESECCION DE BRIDAS INTRAORALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	903.201,00	858.041,00	858.041,00
214	85121700	275100	SUTURA DE LACERACIÓN EN LABIOS SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	107.491,00	102.116,00	102.116,00
215	85121700	275101	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) HASTA DE CINCO CENTÍMETROS EN LABIOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	144.469,00	137.246,00	137.246,00
216	85121700	275102	SUTURA O REPARACIÓN DE LACERACIÓN (HERIDA) DE MÁS DE CINCO CENTÍMETROS EN LABIOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	195.899,00	186.104,00	186.104,00
217	85121700	275103	SUTURA Y/O PLASTIA EN AVULSIÓN DE LABIOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	145.990,00	138.691,00	138.691,00
218	85121700	275200	SUTURA DE LACERACIÓN DE OTRA PARTE DE LA BOCA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	111.037,00	105.485,00	105.485,00
219	85121700	275201	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MENOS DE CINCO CENTIMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	118.284,00	112.370,00	112.370,00
220	85121700	275202	ESTOMATORRAFIA (SUTURA DE HERIDA EN MUCOSA ORAL) DE MAS DE CINCO CENTIMETROS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	127.764,00	121.376,00	121.376,00
221	85121700	275301	RESECCIÓN INTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	133.407,00	126.737,00	126.737,00
222	85121700	275302	RESECCIÓN EXTRAORAL DE FÍSTULA DE BOCA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	316.664,00	300.831,00	300.831,00
223	85121700	275303	CIERRE DE FÍSTULA OROSINUSAL U ORONASAL, CON COLGAJO PALATINO, LINGUAL O BUCAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	226.216,00	214.905,00	214.905,00
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	293.053,00	278.400,00	278.400,00
225	85121700	275305	ALARGAMIENTO DE PALADAR CON COLGAJO EN ISLA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	462.950,00	439.803,00	439.803,00
226	85121700	275800	PROFUNDIZACION DE PISO DE BOCA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	318.781,00	302.842,00	302.842,00
227	85121700	275801	PROFUNDIZACION O DESCENSO DE PISO DE BOCA CON DESINSERCION DE MILOHIODEO Y/O GENIHIODEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	348.217,00	330.806,00	330.806,00
228	85121700	275900	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	315.501,00	299.726,00	299.726,00
229	85121700	275901	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO MUCOSO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	352.893,00	335.248,00	335.248,00
230	85121700	275902	PROFUNDIZACION DE SURCO VESTIBULAR CON INJERTO CUTANEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	386.246,00	366.934,00	366.934,00
231	85121700	276100	SUTURA DE LACERACIÓN DE PALADAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	261.442,00	248.370,00	248.370,00
232	85121700	276101	PALATORRAFIA EN Z (FURLOW)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	438.565,00	416.637,00	416.637,00
233	85121700	276200	CORRECCIÓN DE PALADAR FISURADO (ESTAFILORRAFIA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	690.298,00	655.783,00	655.783,00
234	85121700	276201	CORRECCION DE HENDIDURA ALVEOLOPALATINA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	809.380,00	768.911,00	768.911,00
235	85121700	276202	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.837.869,00	1.745.976,00	1.745.976,00
236	85121700	276203	CIERRE DE HENDIDURA ALVEOLAR SIN INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.135.430,00	1.078.659,00	1.078.659,00
237	85121700	276204	RECONSTRUCCIÓN DE BÓVEDA PALATINA MEDIANTE COLGAJOS PEDICULADOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.629.595,00	1.548.115,00	1.548.115,00
238	85121700	276205	CORRECCIÓN DE FISURA PALATINA, CON COLGAJO VOMERIANO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	810.405,00	769.885,00	769.885,00
239	85121700	276206	INJERTO ÓSEO DE PALADAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	562.344,00	534.227,00	534.227,00
240	85121700	276207	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	784.464,00	745.241,00	745.241,00
241	85121700	276208	UVULO-PALATO-FARINGOPLASTIA CON LASER	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.910.551,00	1.815.023,00	1.815.023,00
242	85121700	276300	REVISIÓN DE REPARACIÓN DE PALADAR FISURADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	189.299,00	179.834,00	179.834,00
243	85121700	278200	INCISIÓN DE CAVIDAD BUCAL, ESTRUCTURA NO ESPECIFICADA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	165.968,00	157.670,00	157.670,00
244	85121700	278301	CIERRE VELOFARINGEO CON COLGAJO FARINGEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	695.400,00	660.630,00	660.630,00
245	85121700	278400	CORRECCION DE MACRO O MICROSTOMA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.182.111,00	1.123.005,00	1.123.005,00
246	85121700	761101	BIOPSIA DE HUESOS MAXILARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	215.090,00	204.336,00	204.336,00
247	85121700	761102	BIOPSIA DE PALADAR OSEO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	213.388,00	202.719,00	202.719,00
248	85121700	761201	ARTROCENTESIS DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	406.516,00	386.190,00	386.190,00
249	85121700	761300	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA FACIALSOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	745.104,00	707.849,00	707.849,00
250	85121700	761301	ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	632.636,00	601.004,00	601.004,00
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	331.314,00	314.748,00	314.748,00
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	382.312,00	363.196,00	363.196,00
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	405.988,00	385.689,00	385.689,00
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	417.383,00	396.514,00	396.514,00
255	85121700	762105	ELIMINACIÓN DE EXOSTOSIS Y/O TUBEROSIDADES FIBROSAS EN MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	288.999,00	274.549,00	274.549,00
256	85121700	762201	RESECCION DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.091.741,00	1.037.154,00	1.037.154,00

257	85121700	762202	RESECCCIÓN RADICAL DE TUMOR MALIGNO MAXILAR O MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.074.967,00	1.021.219,00	1.021.219,00
258	85121700	762301	ESCLEROSIS DE REBORDE DE MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	428.164,00	406.756,00	406.756,00
259	85121700	763101	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, MARGINAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	893.545,00	848.868,00	848.868,00
260	85121700	763102	MANDIBULECTOMÍA PARCIAL SIMPLE, SEGMENTARIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	839.132,00	797.175,00	797.175,00
261	85121700	763103	HEMIMANDIBULECTOMÍA SIN DESARTICULACIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	829.202,00	787.742,00	787.742,00
262	85121700	763104	HEMIMANDIBULECTOMÍA CON DESARTICULACIÓN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	971.727,00	923.141,00	923.141,00
263	85121700	763901	RESECCION PARCIAL MAXILAR SIN RECONSTRUCCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	838.197,00	796.287,00	796.287,00
264	85121700	763902	CONDILECTOMIA DE LA MANDIBULA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	9.579.421,00	9.100.450,00	9.100.450,00
265	85121700	763903	HEMIMAXILECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.639.932,00	1.557.935,00	1.557.935,00
266	85121700	764101	MANDIBULECTOMÍA TOTAL CON RECONSTRUCCION OSEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.570.690,00	4.342.156,00	4.342.156,00
267	85121700	764201	MANDIBULECTOMÍA TOTAL SIN RECONSTRUCCION OSEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.703.750,00	2.568.563,00	2.568.563,00
268	85121700	764301	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON MATERIAL DE DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN [OSTEOSÍNTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.681.512,00	3.497.436,00	3.497.436,00
269	85121700	764302	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	5.222.772,00	4.961.633,00	4.961.633,00
270	85121700	764303	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO LIBRE ÓSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.187.846,00	3.978.454,00	3.978.454,00
271	85121700	764304	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO ÓSEO AUTOLOGO O HETEROLOGO, COLGAJO PEDICULADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.753.702,00	3.566.017,00	3.566.017,00
272	85121700	764305	RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR (TOTAL O PARCIAL) CON INJERTO OSEO VASCULARIZADO AUTOLOGO O HETEROLOGO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.442.706,00	4.220.571,00	4.220.571,00
273	85121700	764401	RESECCION PARCIAL MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.953.994,00	2.806.294,00	2.806.294,00
274	85121700	764402	RESECCION TOTAL DE MAXILAR CON RECONSTRUCCION SIMULTANEA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.317.742,00	3.151.855,00	3.151.855,00
275	85121700	765101	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR POR VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.479.962,00	1.405.964,00	1.405.964,00
276	85121700	765102	MENISCOPEXIA TEMPOROMANDIBULAR, POR VIA EXTERNA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.529.420,00	1.452.949,00	1.452.949,00
277	85121700	765201	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.970.379,00	1.871.860,00	1.871.860,00
278	85121700	765202	MENISECTOMIA TEMPOROMANDIBULAR CON COLGAJO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.348.309,00	1.280.894,00	1.280.894,00
279	85121700	765301	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR , CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.070.540,00	3.867.013,00	3.867.013,00
280	85121700	765302	REEMPLAZO TOTAL DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR CON IMPLANTE ALOPLASTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.550.381,00	4.322.862,00	4.322.862,00
281	85121700	765401	REMODELACION DEL CARTILAGO ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR VIA ENDOSCOPICA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.702.908,00	1.617.763,00	1.617.763,00
282	85121700	766100	OSTEOPLASTIA CERRADA (OSTEOTOMIA) DE RAMA MANDIBULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.056.803,00	2.903.963,00	2.903.963,00
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	5.348.761,00	5.081.323,00	5.081.323,00
284	85121700	766202	76.6.2.02 OSTEOTOMIA RAMA MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	4.928.867,00	4.682.424,00	4.682.424,00
285	85121700	766205	CORONOIDECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.857.913,00	1.765.017,00	1.765.017,00
286	85121700	766300	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA O TRANSCUTANEA, SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.478.066,00	2.354.163,00	2.354.163,00
287	85121700	766302	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANS MUCOSA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.370.786,00	3.202.247,00	3.202.247,00
288	85121700	766303	OSTEOTOMIA DE CUERPO MANDIBULAR VIA TRANSCUTANEA, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.859.769,00	3.666.781,00	3.666.781,00
289	85121700	766401	OSTEOTOMIA SUBAPICAL MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.652.753,00	2.520.115,00	2.520.115,00
290	85121700	766402	CORTICOTOMIA MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.441.799,00	1.369.709,00	1.369.709,00
291	85121700	766403	OSTEOTOMIA DE MENTON, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN UOSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.205.506,00	2.095.231,00	2.095.231,00
292	85121700	766501	OSTEOTOMIA LEFORT I SEGMENTARIA,CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.593.133,00	2.463.476,00	2.463.476,00
293	85121700	766601	OSTEOTOMIA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.847.980,00	2.705.581,00	2.705.581,00
294	85121700	766602	OSTEOTOMIA SUBAPICAL, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.994.678,00	2.844.944,00	2.844.944,00
295	85121700	766603	OSTEOTOMIA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.862.072,00	2.718.968,00	2.718.968,00
296	85121700	766604	OSTEOMIA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.139.226,00	2.982.265,00	2.982.265,00
297	85121700	766605	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT I (DISYUNCION PALATINA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.376.010,00	1.307.210,00	1.307.210,00
298	85121700	766606	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT II	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.698.976,00	1.614.027,00	1.614.027,00
299	85121700	766607	CORTICOTOMIA TIPO LEFORT III	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.643.009,00	1.560.859,00	1.560.859,00
300	85121700	766901	SUSPENSION ESQUELETICA EN FRACTURAS U OSTEOTOMIAS FACIALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.010.410,00	1.909.890,00	1.909.890,00
301	85121700	766902	OSTEOTOMIA DESLIZANTE (VISERA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.595.499,00	2.465.724,00	2.465.724,00
302	85121700	766903	OSTEOPLASTIA DE VARIOS HUESOS FACIALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.801.030,00	2.660.979,00	2.660.979,00
303	85121700	766970	LAVADO Y DESBRIDAMIENTO DE FRACTURA ABIERTA DE HUESOS FACIALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	349.547,00	332.070,00	332.070,00
304	85121700	767000	REDUCCIÓN DE FRACTURA FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	828.872,00	787.428,00	787.428,00
305	85121700	767200	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.304.435,00	1.239.213,00	1.239.213,00
306	85121700	767202	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE ARCO CIGOMATICO CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.728.111,00	1.641.705,00	1.641.705,00
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	2.781.670,00	2.642.587,00	2.642.587,00
308	85121700	767301	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.266.130,00	1.202.824,00	1.202.824,00

309	85121700	767302	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.407.850,00	1.337.458,00	1.337.458,00
310	85121700	767303	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.469.413,00	1.395.942,00	1.395.942,00
311	85121700	767304	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERMAXILAR, TUTORES Y HALOS DE TRACCION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.533.671,00	1.456.987,00	1.456.987,00
312	85121700	767401	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA HEMI LEFORT I, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.698.658,00	1.613.725,00	1.613.725,00
313	85121700	767402	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT I, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.888.838,00	1.794.396,00	1.794.396,00
314	85121700	767403	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT II, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.928.174,00	1.831.765,00	1.831.765,00
315	85121700	767404	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA LEFORT III, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.770.785,00	1.682.246,00	1.682.246,00
316	85121700	767501	REDUCCIÓN CERRADA FRACTURA DE CONDILO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	576.026,00	547.225,00	547.225,00
317	85121700	767502	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	871.695,00	828.110,00	828.110,00
318	85121700	767503	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.077.041,00	1.023.189,00	1.023.189,00
319	85121700	767601	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE CONDILO, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.429.649,00	1.358.167,00	1.358.167,00
320	85121700	767602	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA SIMPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.618.465,00	1.537.542,00	1.537.542,00
321	85121700	767603	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA MULTIPLE DE CUERPO O RAMA MANDIBULAR, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.690.613,00	1.606.082,00	1.606.082,00
322	85121700	767701	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES, CON FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.144.980,00	1.087.731,00	1.087.731,00
323	85121700	767702	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE HASTA TRES DIENTES, CON FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.067.599,00	1.014.219,00	1.014.219,00
324	85121700	767703	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS DENTOALVEOLARES CON REIMPLANTE DEMAS DE TRES DIENTES, CON FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.047.992,00	995.592,00	995.592,00
325	85121700	767705	REDUCCIÓN Y FIJACION DE LUXACION DENTO ALVEOLAR QUE COMPROMETE HASTA TRES DIENTES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	526.857,00	500.514,00	500.514,00
326	85121700	767706	REDUCCIÓN Y FIJACION DE LUXACION DENTO ALVEOLAR QUE COMPROMETE MAS DE TRES DIENTES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	765.295,00	727.030,00	727.030,00
327	85121700	767801	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURA ORBITAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	909.979,00	864.480,00	864.480,00
328	85121700	767802	REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS ALVEOLARES, CON REIMPLANTE DENTAL Y FIJACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.051.429,00	998.858,00	998.858,00
329	85121700	767901	REDUCCIÓN ABIERTA DE BORDE O PARED ORBITAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.544.251,00	1.467.038,00	1.467.038,00
330	85121700	767902	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE UNA PARED ORBITARIA CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.073.737,00	1.970.050,00	1.970.050,00
331	85121700	767903	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE DOS O MAS PAREDES ORBITARIAS CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.649.358,00	2.516.890,00	2.516.890,00
332	85121700	767904	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PISO DE ÓRBITA Y RECONSTRUCCION CON INJERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.715.784,00	2.579.995,00	2.579.995,00
333	85121700	767905	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE PARED MEDIAL DE ÓRBITA Y	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.138.523,00	2.031.597,00	2.031.597,00
334	85121700	767907	REDUCCION ABIERTA FRACTURA NASO-ORBITO-ETMOIDAL, CON FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	1.988.804,00	1.889.364,00	1.889.364,00
335	85121700	767908	REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURAS MULTIPLES DE HUESOS FACIALES, CON IMPLANTE O INJERTO DEL PISO ORBITARIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.009.962,00	1.909.464,00	1.909.464,00
336	85121700	768100	INJERTO OSEO A HUESO FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	756.622,00	718.791,00	718.791,00
337	85121700	768110	INJERTO ÓSEO AUTÓLOGO O HETEROLOGO POR REBORDE ALVEOLAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	524.839,00	498.597,00	498.597,00
338	85121700	768200	INSERCION DE IMPLANTE SINTETICO EN HUESO FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	629.346,00	597.879,00	597.879,00
339	85121700	768301	REDUCCIÓN CERRADA LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	443.305,00	421.140,00	421.140,00
340	85121700	768302	REDUCCIÓN CERRADA LUXACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR CON FIJACION INTERMAXILAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	544.225,00	517.014,00	517.014,00
341	85121700	768401	REDUCCION ABIERTA DE LUXACION TEMPOROMANDIBULAR RECIDIVANTE POR CONDILECTOMIA DEL TEMPORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	850.443,00	807.921,00	807.921,00
342	85121700	768500	INSERCION DE EXPANSOR DE PERIOSTO EN HUESO O ARTICULACION FACIAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	686.943,00	652.596,00	652.596,00
343	85121700	768601	INYECCION DE SUSTANCIA TERAPEUTICA EN ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	303.089,00	287.935,00	287.935,00
344	85121700	768701	RETIRO DE MATERIAL DE FIJACION INTERNA [DISPOSITIVOS DE FIJACIÓN U OSTEOSINTESIS] DE HUESO FACIAL NCOC	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	270.222,00	256.711,00	256.711,00
345	85121700	768702	RETIRO DE CERCLAJE INTER O INTRA MAXILAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	219.534,00	208.557,00	208.557,00
346	85121700	760902	DECORTICACION O CURETAJE ÓSEO DE DE HUESOS FACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	340.137,00	323.130,00	323.130,00
347	85121700	870114	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES O CRONALE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	38.638,00	36.706,00	36.706,00
348	85121700	870456	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR ORTOPANTOMOGRAFÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	24.576,00	23.347,00	23.347,00
349	85121700	890103	ATENCION [VISITA] DOMICILIARIA POR ODONTOLOGIA GENERAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	86.919,00	82.573,00	82.573,00
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	89.874,00	85.380,00	85.380,00
351	85121700	890204	CONSULTA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA (Odontopediatria, endodoncia,periodoncia,cirugia oral, cirugia maxilofacial,rehabilitacion oral, ortodoncia)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.001,00	42.751,00	42.751,00
352	85121700	890404	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOLOGIA (Odontopediatria, endodoncia,periodoncia,cirugia oral, cirugia maxilofacial,rehabilitacion oral, ortodoncia)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	48.194,00	45.784,00	45.784,00
353	85121700	879141	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE MAXILARES [ESTUDIO IMPLANTOLOGIA]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	469.301,00	445.836,00	445.836,00
354	85121700	879111	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	566.688,00	538.354,00	538.354,00
355	85121700	879150	TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (BILATERAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	607.474,00	577.100,00	577.100,00

356	85121700	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES, SUPERIOR E INFERIOR (ORTOPANTOMOGRAFIA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	55.142,00	52.385,00	52.385,00
357	85121700	870131	RADIOGRAFIA DE ARTICULACION	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	63.174,00	60.015,00	60.015,00
358	85121700	870002	PERFILOGRAMA CON CEFALOMETRIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	72.150,00	68.543,00	68.543,00
359	85121700	870101	RADIOGRAFIA DE CARA [PERFILOGRAMA] Incluye: CON CEFALOSTATO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	69.507,00	66.032,00	66.032,00
360	85121700	870440	RADIOGRAFIAS INTRAORALES OCLUSALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	33.069,00	31.416,00	31.416,00
361	85121700	870450	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MILIMETRADAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	12.451,00	11.828,00	11.828,00
362	85121700	870451	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES SUPERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	10.943,00	10.396,00	10.396,00
363	85121700	870452	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES DIENTES ANTERIORES INFERIORES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	10.465,00	9.942,00	9.942,00
364	85121700	870453	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES ZONA DE CANINOS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	10.465,00	9.942,00	9.942,00
365	85121700	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	10.465,00	9.942,00	9.942,00
366	85121700	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	10.465,00	9.942,00	9.942,00
367	85121700	870456	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES JUEGO COMPLETO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	53.470,00	50.797,00	50.797,00
368	85121700	870460	RADIOGRAFIAS INTRAORALES CORONALES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	10.698,00	10.163,00	10.163,00
369	85121700	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA, REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPÉDICO FUNCIONAL Y MECÁNICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	53.470,00	50.797,00	50.797,00
370	85121700	893107	ELABORACIÓN Y ADAPTACIÓN DE APARATO ORTOPÉDICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	802.040,00	761.938,00	761.938,00
371	85121700	890704	CONSULTA DE URGENCIAS, POR ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA (Odontopediatria, endodoncia,periodoncia,cirugia oral, cirugia maxilofacial,rehabilitacion oral, ortodoncia)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	63.467,00	60.294,00	60.294,00
372	85121700	890421	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	52.368,00	49.750,00	49.750,00
373	85121700	890422	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	49.462,00	46.989,00	46.989,00
374	85121700	890424	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	49.462,00	46.989,00	46.989,00
375	85121700	890417	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	51.108,00	48.553,00	48.553,00
376	85121700	890418	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	51.108,00	48.553,00	48.553,00
377	85121700	890403	INTERCONSULTA POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	38.061,00	36.158,00	36.158,00
378	85121700	890404	INTERCONSULTA POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	58.845,00	55.903,00	55.903,00
379	85121700	890304	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	43.405,00	41.235,00	41.235,00
380	85121700	890317	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
381	85121700	890318	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
382	85121700	890321	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
383	85121700	890322	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	49.685,00	47.201,00	47.201,00
384	85121700	890324	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
385	85121700	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
386	85121700	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
387	85121700	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
388	85121700	890222	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
389	85121700	890224	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN REHABILITACIÓN ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.805,00	43.515,00	43.515,00
390	85121700	274101	FRENILLECTOMÍA LABIAL ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	279.136,00	265.179,00	265.179,00
391	85121700	898101	ESTUDIO DE COLORACIÓN BÁSICA EN BIOPSIA UN	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	213.374,00	202.705,00	202.705,00
392	85121700	890336	CONSULTA ESPECIALIZADA CONTROL CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	49.780,00	47.291,00	47.291,00
393	85121700	223902	ANTROTOMÍA MAXILAR EXPOLRATORIA VIA FOSA CANINA CON RESECCIÓN DE MUCOSA DEL ANTRO MAXILAR Y ANTROTOMÍA INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	2.374.894,00	2.256.149,00	2.256.149,00
394	85121700	879131	TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE SENOS PARANASALES O CARA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	373.038,00	354.386,00	354.386,00
395	85121700	890420	INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	55.077,00	52.323,00	52.323,00
396	85121700	961200	INSERCIÓN ADAPTACIÓN DE PARATO ORTOPÉDICO ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	354.764,00	337.026,00	337.026,00
397	85121700	973400	EXTRACCIÓN APARATOLOGÍA ORTODÓNTICA FIJA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	193.602,00	183.922,00	183.922,00
398	85121700	973500	EXTRACCIÓN DE PRÓTESIS DENTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	101.839,00	96.747,00	96.747,00
399	85121700	972200	EXRACCIÓN DE TAPÓN DENTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	124.749,00	118.512,00	118.512,00
400	85121700	935500	APLICACIÓN DE ALAMBRE DENTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	118.869,00	112.926,00	112.926,00
401	85121700	890220	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	55.664,00	52.881,00	52.881,00
402	85121700	890219	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	56.053,00	53.250,00	53.250,00
403	85121700	890236	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	56.053,00	53.250,00	53.250,00
404	85121700	890320	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ODONTOPEDIATRÍA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	55.664,00	52.881,00	52.881,00
405	85121700	890319	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	55.664,00	52.881,00	52.881,00
406	85121700	890336	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	55.664,00	52.881,00	52.881,00
407	85121700	237307	DESOBTURACIÒN DE CONDUCTO RADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	127.066,00	120.713,00	120.713,00
408	85121700	998702	SOPORTE DE SEDACION PARA CONSULTA O APOYO DIAGNOSTICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	880.000,00	836.000,00	836.000,00
409	85121700	861411	INYECCION DE MATERIAL MIORELAJANTE (TOXINA BOTULINICA)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	3.520.000,00	3.344.000,00	3.344.000,00
VALOR TOTAL DE LA OFERTA								**$ 266.273.635,00**

La oferta económica presentada por el proponente se encuentra dentro de los valores de referencia establecidos por la Entidad, ni presenta artificialidad baja de precios.

- **DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO**

DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	SALUD PLENA SAS	
	CUMPLE/NO CUMPLE	OBSERVACION
CERTIFICACION BANCARIA.	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
DATOS BASICOS BENECIFICARIO CUENTA - INFORMACIÓN FINANCIERA "SIIF"	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
FORMULARIO DE VALORACIÓN DE PROPUESTA ECONÓMICA	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.

CONCLUSIÓN:

El Comité Evaluador Económico, en cumplimiento de lo establecido en la Invitación del **Proceso de Contratación de Mínima Cuantía No. 131-DISAN-EJC/CENAC Regional Neiva–2026**, verificó la oferta presentada por la empresa **SALUD PLENA SAS**, identificada con NIT 830.511.202 -5, determinando que **CUMPLE** con los requisitos económicos y financieros establecidos en la invitación publica requeridos para el **LOTE 1**.

2). <u>LOTE 2</u>: CLINICAS ODONTOLOGICAS SONRISAS SANAS EU GARZON

Lote 2	DILIGENCIAR EL VALOR TOTAL DEL PRESUPUESTO PARA EL LOTE No. 2 UBAM BIPIG26 EN EL MUNICIPIO DE GARZON (HUILA) - ($50.000.000,00)	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal

	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
	50.000.000,00	50.000.000,00

Ref. Artículo	Código UNSPSC	Descripción	Cantidad	Unidad	Precio unitario estimado	Precio unitario	Precio total estimado	Incluya el precio como lo indique la Entidad Estatal
	85121700	LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA EL UBAM BIPIG26 EN EL MUNICIPIO DE GARZON (HUILA) VIGENCIA AÑO 2026	1,00	VG	50.000.000,00	50.000.000,00	50.000.000,00	50.000.000,00

- **OFERTA ECONÓMICA**

ITEM	CODIGO UNSPSC (CCE)	CODIGO CUPS	DESCRIPCION DEL ITEM	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO DE REFERENCIA	VALOR UNITARIO OFERTADO INCLUIDO IVA (si aplica)	VALOR UNITARIO OFERTADO INCLUIDO IVA (REDONDEADO A NUMERO ENTERO)
A-02-02-02-009-003 SERVICIO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD HUMANA Y SERVICIOS SOCIALES.								
"SERVICIOS DE ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS09 EN LA CIUDAD DE NEIVA HUILA Y SUS SATELITES CENTRALIZADOS UBAM BIPIG EN EL MUNICIPIO DE GARZON HUILA Y UBAM BIMG EN EL MUNICIPIO DE PITALITO HUILA, PARA LA VIGENCIA DEL AÑO 2026"								
1	85121700	890703	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA GENERAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	52.514,00	50.000,00	50.000,00
2	85121700	890704	CONSULTA DE URGENCIAS POR ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	70.000,00	70.000,00	70.000,00
3	85121700	890204	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	68.386,00	68.000,00	68.000,00
4	85121700	890304	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR OTRAS ESPECIALIDADES EN ODONTOLOGIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	60.000,00	60.000,00	60.000,00
5	85121700	890223	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.695,00	71.000,00	71.000,00
6	85121700	890323	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN RADIOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	60.000,00	60.000,00	60.000,00
7	85121700	890221	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.695,00	71.000,00	71.000,00
8	85121700	890321	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN PERIODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	- 60.000,00	60.000,00	- 60.000,00
9	85121700	890219	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.695,00	71.000,00	71.000,00

10	85121700	890319	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	67.554,00	67.000,00	67.000,00
11	85121700	890218	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.695,00	71.000,00	71.000,00
12	85121700	890318	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ENDODONCIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	60.000,00	60.000,00	60.000,00
13	85121700	890217	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.695,00	71.000,00	71.000,00
14	85121700	890317	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	60.000,00	60.000,00	60.000,00
15	85121700	274101	FRENILLECTOMIA LABIAL VÍA ABIERTA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	231.630,00	200.000,00	200.000,00
16	85121700	245100	REGULARIZACION DE REBORDES SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	288.252,00	280.000,00	280.000,00
17	85121700	243501	CUÑA DISTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	243.093,00	200.000,00	200.000,00
18	85121700	243400	GINGIVECTOMIA SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	167.656,00	167.000,00	167.000,00
19	85121700	242204	AUMENTO DE REBORDE PARCIALMENTE EDENTULO (SIN MATERIAL)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	376.821,00	376.000,00	376.000,00
20	85121700	242201	CURETAJE A CAMPO ABIERTO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	303.818,00	303.000,00	303.000,00
21	85121700	240300	ALISADO RADICULAR CAMPO CERRADO SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	180.000,00	180.000,00	180.000,00
22	85121700	240200	DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	150.000,00	150.000,00	150.000,00
23	85121700	237901	BLANQUEAMIENTO DE DIENTE (INTRINSECO) POR CAUSAS ENDODONTICAS	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	137.875,00	137.000,00	137.000,00
24	85121700	237401	CURETAJE APICAL CON APICECTOMIA Y OBTURACION RETROGADA (CIRUGIA PERIRRADICULAR)	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	496.350,00	495.000,00	495.000,00
25	85121700	237305	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	231.122,00	231.000,00	231.000,00
26	85121700	237304	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	186.567,00	186.000,00	186.000,00
27	85121700	237303	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	430.170,00	430.000,00	430.000,00
28	85121700	237302	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE BIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	288.986,00	288.000,00	288.000,00
29	85121700	237301	TERAPIA DE CONDUCTO RADICULAR EN DIENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	272.068,00	272.000,00	272.000,00
30	85121700	237200	APEXIFICACION (INDUCCION DE APEXOGENESIS) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	206.021,00	205.000,00	205.000,00
31	85121700	237102	PULPOTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	57.356,00	57.000,00	57.000,00
32	85121700	237101	PULPOTOMIA CON PULPECTOMIA	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	79.416,00	79.000,00	79.000,00
33	85121700	234401	INSERCION ADAPTACION Y CONTROL DE PROTESIS MUCOSOPORTADA TOTAL MEDIO CASO SUPERIOR O INFERIOR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	317.631,00	317.000,00	317.000,00
34	85121700	232402	RECONSTRUCCION TERCIO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	128.116,00	128.000,00	128.000,00
35	85121700	232401	RECONSTRUCCION DE ANGULO INCISAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	120.000,00	120.000,00	120.000,00
36	85121700	232103	OBTURACION DENTAL CON IONOMERO DE VIDRIO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	60.665,00	60.000,00	60.000,00
37	85121700	232102	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	79.416,00	79.000,00	79.000,00
38	85121700	231500	COLGAJO DESPLAZADO PARA ABORDAJE DE DIENTE RETENIDO (VENTANA QUIRURGICA) SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	250.000,00	250.000,00	250.000,00
39	85121700	231303	EXODONCIA DE DIENTE INCLUIDO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	204.055,00	200.000,00	200.000,00
40	85121700	231301	EXODONCIA DE INCLUIDO EN POSICION ECTOPICA CON ABORDAJE INTRAORAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	204.055,00	200.000,00	200.000,00
41	85121700	231200	EXODONCIA QUIRURGICA MULTIRRADICULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	135.269,00	135.000,00	135.000,00
42	85121700	231100	EXODONCIA QUIRURGICA UNIRRADICULAR SOD	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	197.376,00	197.000,00	197.000,00
43	85121700	230202	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	75.874,00	75.000,00	75.000,00
44	85121700	230201	EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	44.120,00	44.000,00	44.000,00
45	85121700	230102	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE MULTIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	98.180,00	95.000,00	95.000,00
46	85121700	230101	EXODONCIA DE DIENTE PERMANENTE UNIRRADICULAR	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	72.570,00	70.000,00	70.000,00
47	85121700	997310	CONTROL DE PLACA DENTAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	45.957,00	40.000,00	40.000,00
48	85121700	997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	111.596,00	100.000,00	100.000,00
49	85121700	893106	CONTROL DE ORTODONCIA FIJA REMOVIBLE O TRATAMIENTO ORTOPEDICO FUNCIONAL Y MECANICO	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	71.695,00	70.000,00	70.000,00
50	85121700	870455	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES MOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	16.655,00	16.000,00	16.000,00
51	85121700	870454	RADIOGRAFIAS INTRAORALES PERIAPICALES PREMOLARES	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	16.655,00	16.000,00	16.000,00
52	85121700	870114	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR [ORTOPANTOMOGRAFIA]	SERVICIO	SEGÚN NECESIDAD	27.685,00	27.000,00	27.000,00
VALOR TOTAL DE LA OFERTA								**$ 7.385.000,00**

La oferta económica presentada por el proponente se encuentra dentro de los valores de referencia establecidos por la Entidad, ni presenta artificialidad baja de precios.

- **DOCUMENTOS DE CONTENIDO FINANCIERO**

DOCUMENTOS Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN	CLINICAS ODONTOLOGICAS SONRISAS SANAS EU GARZON	
	CUMPLE/NO CUMPLE	OBSERVACION
CERTIFICACION BANCARIA.	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
DATOS BASICOS BENECIFICARIO CUENTA - INFORMACIÓN FINANCIERA "SIIF"	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
REGISTRO UNICO TRIBUTARIO	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
RESOLUCIÓN DE FACTURACIÓN ELECTRÓNICA	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.
FORMULARIO DE VALORACIÓN DE PROPUESTA ECONÓMICA	CUMPLE	El oferente anexa el respectivo documento en la plataforma del SECOP II.

CONCLUSIÓN:

El Comité Evaluador Económico, en cumplimiento de lo establecido en la Invitación del **Proceso de Contratación de Mínima Cuantía No. 131-DISAN-EJC/CENAC Regional Neiva–2026**, verificó la oferta presentada por la empresa **CLINICAS ODONTOLOGICAS SONRISAS SANAS EU GARZON**, identificada con NIT 813.010.553 - 3, determinando que **CUMPLE** con los requisitos económicos y financieros establecidos en la invitación publica requeridos para el **LOTE 2**.

Atentamente;



PS. MARIA PAULA DIAZ AYERBE
COMITÉ ECONÓMICO EVALUADOR