

PN DEQUI ARSAN MIC 090 2019.

LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA EN LAS AREAS DE ENDODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA, CIRUGIA MAXILOFACIAL Y CIRUGIA ORAL, PARA LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, EN EL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO Y LOS MUNICIPIOS DE ALCALÁ, SEVILLA, CAICEDONIA Y ULLOA EN EL VALLE

ESPECIFICACIONES TECNICAS (de obligatorio cumplimiento)

GRUPO 4 PERIODONCIA

ITEM	CUPS	PROCEDIMIENTO	CUMPLE	
			SI	NO
1	242200	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), DETARTRAJE SUBGINGIVAL SOD INCLUYE AQUEL DETARTRAJE QUIRÚRGICO SUPRAGINGIVAL Y SUBGINGIVAL		
2	241100	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), BIOPSIA DE ENCÍA SOD (INCLUYE UN CONTROL MINIMO Y ESTUDIO DE PATOLOGIA)		
3	241103	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), BIOPSIA ESCISIONAL DE ENCÍA Y RECUBRIMIENTO CON COLGAJO O INJERTO (INCLUYE UN CONTROL MINIMO Y ESTUDIO DE PATOLOGIA)		
4	242100	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), PLASTIA MUCOGINGIVAL SOD		
5	242102	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), PLASTIA MUCOGINGIVAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE (INCLUYE UN CONTROL MINIMO)		
6	242201	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), CURETAJE A CAMPO ABIERTO (INCLUYE UN CONTROL MINIMO)		
7	242202	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), CIRUGÍA A COLGAJO CON RESECCIÓN RADICULAR (AMPUTACIÓN, HEMISECCIÓN) (INCLUYE UN CONTROL MINIMO)		
8	242300	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), PLASTIAS PREPROTESICAS (AUMENTO DE CORONA CLÍNICA) SOD (INCLUYE UN CONTROL MINIMO)		
9	243100	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), ESCISIÓN DE LESIÓN DE ENCÍA SOD (INCLUYE UN CONTROL MINIMO)		
10	243400	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), GINGIVECTOMIA SOD (INCLUYE UN CONTROL MINIMO)		
11	243500	PROCEDIMIENTO EN DIENTES, ENCÍAS Y ALVEOLOS (TERAPIA PERIODONTAL), OPERCULECTOMÍA (INCLUYE UN CONTROL MINIMO)		
12	890204	CONSULTA ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA		

ME DOY POR ENTERADO Y ACEPTO TODAS LAS CONDICIONES TECNICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO ESTIPULADO EN EL PRESENTE FORMATO.

Empresa: _____

Nombre Representante legal: _____

Cedula: _____

Firma: _____