

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA  
DISPOSITIVOS Y OTROS

**Nombre de la Institución:** Caja de Seguro Social

**Unidad Ejecutora:** Ciudad de la Salud

**Nombre del Director o Jefe de la Institución:** Dr. Ricardo Sandoval

**Nombre del Jefe del Servicio:** Dr. Manuel F. Ortíz C

**Nivel de Atención:** Nivel II: Hospitales Generales, Policlinicas Especializada, Policentro Especializado

**Clasificación de Nivel de Riesgo:** B - Riesgo bajo moderado. Aguja hipodermicas, equipo de succión.

**Subcomité:** ODONTOLOGÍA

**Tipo de Producto:** Consumible

**Nombre Genérico:** Sistema para remoción atraumática de lesiones cariosas de uso transitorio

**Descripción del Producto:**

Producto diseñado para la remoción atraumática de tejido cariado, facilitando un tratamiento odontológico menos invasivo y más cómodo para el paciente.

**Especificaciones Técnicas**

MINISTERIO DE SALUD

COMITÉ TÉCNICO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN - HOMOLOGACIÓN DE FICHA TÉCNICA  
DISPOSITIVOS Y OTROS**

1. Compuesto por 2 componentes que se mezclan por partes iguales o en proporción mayor o menor de acuerdo al criterio profesional en el momento de su aplicación.
2. Detalles de cada componente:
  - 2.1. Componente Activador : Hipoclorito de Sodio.
  - 2.1.2 Concentraciones: 0.1 Molar o 0.2 Molar o 0.5 Molar.
  - 2.2. Componente Regulador: Glutamina 0.2 Molar.
3. Tiempo de reacción: 30 segundos.
4. Termosensibilidad regulatoria de proteólisis por lámpara LED.
5. Identificador de color para el escaneo de caries.
6. Duoenvase sin interacción.
7. Inhibición metaloproteínas autolíticas.
8. Máxima preservación de tejido natural y sano.
9. No esteril.
10. Presentaciones:
  - 10.1 Dos Jeringas (Activador y regulador) cada una 5ml.
  - 10.2 Dos Jeringas (Activador y regulador) cada una 3ml.
  - 10.3 Dos Jeringas (Activador y regulador) cada una 1ml.
  - 10.4 Dos Jeringas (Activador y regulador) cada una 0.5ml.

**Fecha de Expiración:** 24 meses

**Presentación:** Unidad

---

**Certificación de Pre-Homologación por el Jefe de Servicio (sólo para equipos médicos)**

---

**Nombre de los especialistas e Instituciones participantes:**

**Fecha:**

**Lugar:**

**Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio:**

---

**Observaciones**

---

**LA INSTITUTCIÓN SOLICITANTE ESPECIFICARA LA PRESENTACIÓN REQUERIDA.**

**Correo:** mfortizmaxilofacial@gmail.com

**Teléfono:** +507 6612-7296

---

**Nombre Legible y Firma del Director o Jefe de Institución**

---

**Nombre Legible y Firma del Jefe de Servicio**

---

**Fecha de Solicitud**