

ANEXO 2 del Plan Digital de Transparencia y Acceso a la Información Pública - LOTAP

¿Los servicios ofrecen y la forma de acceder a ellos, horarios de atención y demás indicaciones necesarias, para que la ciudadanía pueda ejercer sus derechos y cumplir sus obligaciones

| No. | Denominación del servicio | Descripción del servicio | Cómo acceder al servicio (Se describe el detalle del proceso que realiza que el ciudadano para la obtención del servicio) | Requisitos para la obtención del servicio (Se detallan los datos de acceso del servicio y donde se obtiene) | Procedimiento interno que sigue el servicio | Horario de atención al público (Detallar los días de atención y horarios) | Coste | Tiempo estimado de respuesta (Días, Horas, Minutos) | Tipo de beneficiarios o usuarios del servicio (Director en el caso de ciudadanía en general, personas vulnerables, personas jóvenes, OIC, Personal Médico) | Oficinas y dependencias que ofrecen el servicio | Dirección y teléfono de la oficina y dependencia que ofrece el servicio (Indicar si se por correo electrónico, teléfono, página web, correo electrónico, chat en línea, contact center, call center, teléfono institución) | Tipo de canales disponibles de atención presencial: (Indicar si se por correo electrónico, teléfono, página web, correo electrónico, chat en línea, contact center, call center, teléfono institución) | Servicio Automatizado (SI/NO) | Link para descargar el formulario de servicios | Link para el servicio por internet (SI/NO) | Número de solicitudes/consultas que accedieron al servicio en el último periodo (mensual) | Número de solicitudes/consultas que accedieron al servicio automatizado | Porcentaje de satisfacción sobre el uso del servicio |
|-----|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Solicitud de Acceso a la Información Pública | Servicio de acceso a la información pública abierta a la ciudadanía. | 1. Se dirige al formulario de acceso a la información pública disponible en la página web de la institución www.donaciontrasplante.gob.cu, en la sección de información. 2. Escoge la solicitud de acceso a la información pública y la dirección operativa del INDOT. 3. Escribir pendiente que la respuesta de contestación se entregue en un periodo de 5 días hábiles. 4. Realizar la comunicación con la respuesta a la solicitud. | 1. Formulario de acceso a la información pública. | 1. La solicitud de acceso a la información pública se recibe en la secretaría de la Dirección Ejecutiva. 2. Solicitud se registra en sistema de gestión gubernamental SIGGPA. 3. Se lleva a la información solicitada, el Dujape será asignado para la máxima autoridad a la Dirección operativa. 4. El director de dirección responsable, elaborará la respuesta y la emisor por correo a la máxima autoridad. 5. Entrega de la comunicación con la respuesta a el/la solicitante. | 8:00-16:30 | Gratis | Hasta 5 días hábiles | Ciudadanía en general | Planta Central INDOT | Página de Información Pública | Oficina de Planta Central INDOT Sistema de gestión gubernamental Dujape. | No | http://www.donaciontrasplante.gob.cu/informacion | No aplica | 0 | 0 | No Disponible, No se cuenta en la actualidad con un sistema de medición de la calidad, y se está trabajando sobre la implementación de una plataforma. |
| 3 | Solicitud de información (donación y trasplante) | Servicio de información para acciones trasplantadas, personas en lista de espera, familiares de pacientes, profesionales de la salud y la comunidad. | 1. Realizar consulta presencial o a través de número telefónico de la Coordinación Zonal correspondiente en Quito, Guayaquil y Cuenca, o a través correo electrónico a inf@dot.gub.cu o el director/gub en donde se desea recibir la información que se desea consultar. | 1. Establecer claramente la información que se requiere. | 1. Se recibe solicitud en coordinaciones zonales INDOT en Quito, Guayaquil y Cuenca o a través de correo electrónico inf@dot.gub.cu . 2. La solicitud es atendida y a punto de respuesta se realiza la coordinación interna al correo electrónico inf@dot.gub.cu respondiendo inmediatamente de la consulta se deriva a instancia pertinente dentro de la institución brindando una respuesta en un plazo de 5 días hábiles. | 8:00-16:30 | Gratis | Hasta 5 días hábiles | Ciudadanía en general | Oficinas: Planta Central INDOT Coordinación Zonal - Quito/ Coordinación Zonal 2 - Guayaquil / Coordinación Zonal 3 Cuenca | Página de Información Pública | Oficinas coordinaciones zonales INDOT en Quito, Guayaquil, Cuenca como electrónico institucional inf@dot.gub.cu | Si | No aplica | inf@dot.gub.cu | 52 | 260 | No Disponible, No se cuenta en la actualidad con un sistema de medición de la calidad, y se está trabajando sobre la implementación de una plataforma. |
| 3 | Acreditación | Evaluación de los Establecimientos de Salud y sus profesionales de salud, para que puedan desarrollar actividades trasplantológicas en ciertas condiciones y seguir para la población. | 1. Registrar a la página web del INDOT y Biblioteca y Acreditación y Reconocimiento del proceso los formularios necesarios para la acreditación que son específicos para cada programa de trasplante: Formulario 001 de "Solicitud de acreditación o reconocimiento" dirigido a la máxima autoridad del INDOT, Formulario 002 donde constan los requisitos para la acreditación específica para cada programa de trasplante, Formulario 003 de "Historial de acreditación de profesionales" con sus respectivos requisitos y el "Tratamiento Gub para la Vida de los Regados" en donde se detalla en lo que se va a realizar en el Establecimiento de Salud que solicita acreditación. Todos los documentos que se mencionan en los formularios anteriores deben ser entregados a la coordinación zonal del INDOT correspondiente a su ubicación. | 1. Solicitud de acreditación- Formulario INDOT 001. 2. Requerimientos para acreditación en los diferentes programas de trasplante- Formularios INDOT 002 3. Formulario de funcionamiento del hospital acreditado. 4. Copia del Acta Jurídico de creación de la Entidad solicitante o copia simple de la Escritura de Constitución en caso de tratarse de una cooperativa. 5. Copia del Registro Único de Contribuyentes; 6. Copia del movimiento del patrimonio según el rubro subsectorial del organismo. 7. Expediente organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT. 8. Documento que certifique que la Unidad Médica tiene un Sistema de Gestión de Calidad. 9. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética. 10. Perfil epidemiológico de la ciudad beneficiaria. 11. Información detallada de las características, disponibilidad y calidad de necesidades anuales de: Materiales, Insumos Clínicos, Equipos e Instrumentos quirúrgicos. 12. Lista de medicamentos e insumos de acuerdo a los procedimientos del programa de trasplante. 13. Registro de medicamentos de alta especialidad - lista de medicamentos anual. 14. Documento de los Profesionales de la Salud: 1. Hoja de vida actualizada. 2. Contrata legalizada con la institución y documentos que demuestran la prestación de servicio donde conste la dedicación al programa. 3. Documentos que avalen experiencia en trasplante específico para cada programa. 4. Capacitación relacionada con el tipo de trasplante que solicita acreditación. | 1. Solicitud de acreditación- Formulario INDOT 001. 2. Requerimientos para acreditación en los diferentes programas de trasplante- Formularios INDOT 002 3. Formulario de funcionamiento del hospital acreditado. 4. Copia del Acta Jurídico de creación de la Entidad solicitante o copia simple de la Escritura de Constitución en caso de tratarse de una cooperativa. 5. Copia del Registro Único de Contribuyentes; 6. Copia del movimiento del patrimonio según el rubro subsectorial del organismo. 7. Expediente organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT. 8. Documento que certifique que la Unidad Médica tiene un Sistema de Gestión de Calidad. 9. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética. 10. Perfil epidemiológico de la ciudad beneficiaria. 11. Información detallada de las características, disponibilidad y calidad de necesidades anuales de: Materiales, Insumos Clínicos, Equipos e Instrumentos quirúrgicos. 12. Lista de medicamentos e insumos de acuerdo a los procedimientos del programa de trasplante. 13. Registro de medicamentos de alta especialidad - lista de medicamentos anual. 14. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por la unidad con un análisis respectivo por órgano trasplantado y por paciente. ENCUESTO DE Satisfacción. 15. Documento de los Profesionales: 1. Hoja de vida actualizada. 2. Contrata legalizada con la institución y documentos que demuestran la prestación de servicio donde conste la dedicación al programa. 3. Documentos que avalen experiencia en trasplante específico para cada programa. 4. Capacitación relacionada con el tipo de trasplante que solicita acreditación. | 8:00-16:30 | Gratis | Como se cumplió con todos los requisitos de proceso para 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. Igualmente se realizó la acreditación y reconocimiento de profesionales de la salud que se estableció en el informe Técnico de Base Documental. El proceso de acreditación se realizó en un tiempo de 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. El proceso de acreditación se realizó en un tiempo de 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. El proceso de acreditación se realizó en un tiempo de 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. | Establecimientos de Salud y sus Profesionales de Salud | Coordinación de Regulación, Control y Gestión de la Calidad Coordinador Zonal del INDOT. | Página de Información Pública | Se puede acceder a información por teléfono, presencial o correo electrónico. | No | http://www.donaciontrasplante.gob.cu/informacion | No aplica | 3 | 10 | No aplica |
| 4 | Reacreditación | Evaluación de los Establecimientos de Salud y sus profesionales de salud, para que puedan desarrollar actividades trasplantológicas en ciertas condiciones y seguir para la población. | 1. Registrar a la página web del INDOT y Biblioteca y Acreditación y Reconocimiento del proceso los formularios necesarios para la acreditación que son los siguientes para cada programa de trasplante: Formulario 001 de "Solicitud de acreditación o reconocimiento" dirigido a la máxima autoridad del INDOT, Formulario 002 donde constan los requisitos para la acreditación específica para cada programa de trasplante, Formulario 003 de "Historial de acreditación de profesionales" con sus respectivos requisitos y el "Tratamiento Gub para la Vida de los Regados" en donde se detalla en lo que se va a realizar en el Establecimiento de Salud que solicita acreditación. Todos los documentos que se mencionan en los formularios anteriores deben ser entregados a la coordinación zonal del INDOT correspondiente a su ubicación. | 1. Solicitud de acreditación- Formulario INDOT 001. 2. Requerimientos para acreditación en los diferentes programas de trasplante- Formularios INDOT 002 3. Formulario de funcionamiento del hospital acreditado. 4. Copia del Acta Jurídico de creación de la Entidad solicitante o copia simple de la Escritura de Constitución en caso de tratarse de una cooperativa. 5. Copia del Registro Único de Contribuyentes; 6. Copia del movimiento del patrimonio según el rubro subsectorial del organismo. 7. Expediente organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT. 8. Documento que certifique que la Unidad Médica tiene un Sistema de Gestión de Calidad. 9. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética. 10. Perfil epidemiológico de la ciudad beneficiaria. 11. Información detallada de las características, disponibilidad y calidad de necesidades anuales de: Materiales, Insumos Clínicos, Equipos e Instrumentos quirúrgicos. 12. Lista de medicamentos e insumos de acuerdo a los procedimientos del programa de trasplante. 13. Registro de medicamentos de alta especialidad - lista de medicamentos anual. 14. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por la unidad con un análisis respectivo por órgano trasplantado y por paciente. ENCUESTO DE Satisfacción. 15. Documento de los Profesionales: 1. Hoja de vida actualizada. 2. Contrata legalizada con la institución y documentos que demuestran la prestación de servicio donde conste la dedicación al programa. 3. Documentos que avalen experiencia en trasplante específico para cada programa. 4. Capacitación relacionada con el tipo de trasplante que solicita acreditación. | 1. Solicitud de acreditación- Formulario INDOT 001. 2. Requerimientos para acreditación en los diferentes programas de trasplante- Formularios INDOT 002 3. Formulario de funcionamiento del hospital acreditado. 4. Copia del Acta Jurídico de creación de la Entidad solicitante o copia simple de la Escritura de Constitución en caso de tratarse de una cooperativa. 5. Copia del Registro Único de Contribuyentes; 6. Copia del movimiento del patrimonio según el rubro subsectorial del organismo. 7. Expediente organizacional del equipo de trasplante según el manual de acreditación del INDOT. 8. Documento que certifique que la Unidad Médica tiene un Sistema de Gestión de Calidad. 9. Carta motivada para la creación de Programa de Trasplante elaborado por el Comité de Bioética. 10. Perfil epidemiológico de la ciudad beneficiaria. 11. Información detallada de las características, disponibilidad y calidad de necesidades anuales de: Materiales, Insumos Clínicos, Equipos e Instrumentos quirúrgicos. 12. Lista de medicamentos e insumos de acuerdo a los procedimientos del programa de trasplante. 13. Registro de medicamentos de alta especialidad - lista de medicamentos anual. 14. Información estadística de la actividad trasplantológica realizada por la unidad con un análisis respectivo por órgano trasplantado y por paciente. ENCUESTO DE Satisfacción. 15. Documento de los Profesionales: 1. Hoja de vida actualizada. 2. Contrata legalizada con la institución y documentos que demuestran la prestación de servicio donde conste la dedicación al programa. 3. Documentos que avalen experiencia en trasplante específico para cada programa. 4. Capacitación relacionada con el tipo de trasplante que solicita acreditación. | 8:00-16:30 | Gratis | Como se cumplió con todos los requisitos de proceso para 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. Igualmente se realizó la acreditación y reconocimiento de profesionales de la salud que se estableció en el informe Técnico de Base Documental. El proceso de acreditación se realizó en un tiempo de 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. El proceso de acreditación se realizó en un tiempo de 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. El proceso de acreditación se realizó en un tiempo de 30 días de plazo que se establece en el informe Técnico de Base Documental. | Establecimientos de Salud y sus Profesionales de Salud | Coordinación de Regulación, Control y Gestión de la Calidad | Página de Información Pública | Se puede acceder a información por teléfono, presencial o correo electrónico. | No | http://www.donaciontrasplante.gob.cu/informacion | No aplica | 1 | 5 | No aplica |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Fecha de actualización de la información: | | | | | | | | | | No Disponible, se está realizando informe respectivo para la incorporación de los próximos 3 meses. | | | | | | | | | |
| PERIODICIDAD DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: | | | | | | | | | | 31/05/2017 | | | | | | | | | |
| UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN - LITERAL d): | | | | | | | | | | MENSUAL | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN DEL LITERAL d): | | | | | | | | | | DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL/DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN/DIRECCIÓN DE COMUNICACIÓN SOCIAL | | | | | | | | | |
| CÓMO ELECTRÓNICO DEL O LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN: | | | | | | | | | | inf@dot.gub.cu | | | | | | | | | |
| NÚMERO TELEFÓNICO DEL O LA RESPONSABLE DE LA UNIDAD POSEEDORA DE LA INFORMACIÓN: | | | | | | | | | | Pto. Anzo Velázquez inf@dot.gub.cu 2509205 ext 151 | | | | | | | | | |