

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA DE ABLACIÓN MULTIORGÁNICA	FECHA: 30-06-2026
	Versión: 02	CÓDIGO: RG-INDOT-562
	PUBLICADO ☒ EN ANÁLISIS ☐ BORRADOR ☐ ☐	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 003. ABL

1. DATOS DEL PROFESIONAL

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y Apellidos:	
Nº de Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	
Especialidad:	
Nº de registro SENESCYT	
Domicilio: Ciudad:	Cantón:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Acreditación:	Renovación:

FOTO

FOTO

Ablación	Adulto	Pediátrico
Riñón		
Hígado		
Páncreas		
Corazón		
Pulmón		

2. FUNCIÓN ESPECÍFICA A DESARROLLAR	
Líder del equipo de ablación	
Líder del equipo de procuración	
Cirujano/a principal	
Cirujano/a ayudante	
Procurador	
Coordinador intrahospitalario de trasplantes	
Otro: (especifique)	

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada en donde conste el número de documento de identificación y pasaporte en caso de ser pertinente.		
2. Documentos que avalan formación y/o experiencia en ablación multiorgánica		
• Título de especialidad, debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP.		
• Documento que certifique los años de experiencia en la especialidad.		
• Certificado de entrenamiento o formación.		
• Récord quirúrgico.		
3. Contrato legalizado con la institución o documento que avale la relación contractual con el establecimiento de salud.		

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA EL PROGRAMA DE ABLACIÓN MULTIORGÁNICA	FECHA: 30-06-2026
	Versión: 02	CÓDIGO: RG-INDOT-562
	PÁGINA: 2 de 2	
PUBLICADO ☒ EN ANÁLISIS ☐ BORRADOR ☐		

4. RENOVACIÓN	SI	NO
Récord quirúrgico del periodo de acreditación como profesional ablacionador de órganos en donantes cadavéricos.		

5. COMPROMISO DE ENTREGA DE FORMULARIOS DE ABLACIÓN DE ÓRGANOS	SI	NO
Se compromete usted a entregar los formularios de ablación de órganos correspondientes, con firmas y sellos de responsabilidad a los Coordinadores intrahospitalarios y/o Coordinadores INDOT.		

En....., a..... de..... del.....

Nombre, firma y sello del profesional solicitante