

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE ABLACIÓN MULTIORGÁNICA EN DONANTES CADAVERÍCOS		FECHA: 30-06-2026
	Versión: 01		CÓDIGO: RG-INDOT-604
	PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐
			PÁGINA: 1 de 3

FORMULARIO 002.ABL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
Nombre/Razón Social:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Ciudad:	Provincia:
Nombre de la Máxima Autoridad:	
N° Permiso de funcionamiento:	
Categoría: Red Pública integral de Salud:	Red Privada Complementaria:
Acreditación:	Renovación:

2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

2.1. LIDER DEL EQUIPO DE ABLACIÓN
Nombre:
Especialidad:
N° de Registro SENESCYT:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

2.2. LIDER DEL EQUIPO DE PROCURACIÓN
Nombre:
Especialidad:
N° de Registro SENESCYT:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

2.3. COORDINADORES INTRAHOSPITALARIOS
Nombre:
Especialidad:
N° de Registro SENESCYT:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

Nombre:
Especialidad:
N° de Registro SENESCYT:
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

Nombre:
Especialidad:
N° de Registro SENESCYT:
Dirección:
Teléfonos:

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN DEL PROGRAMA DE ABLACIÓN MULTIORGÁNICA EN DONANTES CADAVERÍCOS		FECHA: 30-06-2026	
	Versión: 01		CÓDIGO: RG-INDOT-604	
	PUBLICADO ☒	EN ANALISIS ☐	BORRADOR ☐	OBSOLETO ☐

2.7 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES			
	SI	NO	NA
1. Formulario 001 "Solicitud de acreditación". código: RG-INDOT- 270			
2. Formulario 002.ABL "Requerimientos para acreditación del Programa de ablación multiorgánica en donantes cadavéricos". código: RG – INDOT – 604			
3. Permiso de funcionamiento vigente del establecimiento de salud			
4. Copia del Registro Único de Contribuyentes			
5. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente.			
6. Esquema organizacional del equipo de trasplante según el instructivo correspondiente.			
7. Documento que garantice que el establecimiento de salud cuenta con los servicios especificados en el instructivo correspondiente			
8. Planificación anual de vacaciones de los miembros del equipo			
9. Planificación anual de capacitaciones de los miembros del equipo de trasplante			
10. Proyección institucional anual de potenciales donantes.			
11. Protocolos de procedimientos del programa de ablación indicados en el instructivo correspondiente.			

3. RENOVACION		
IMPORTANTE: En los procesos de renovación de la acreditación, se presentará únicamente la documentación que haya perdido su vigencia o que haya sido actualizada, así como aquella que respalde los cambios o variaciones realizados en el establecimiento de salud o en los procedimientos para la realización de los procedimientos de ablación.		
	SI	NO
1. Formulario 001 "Solicitud de acreditación o reacreditación". Código: RG – INDOT– 270		
2. Formulario 002.ABL ""Requerimientos para Acreditación del Programa de ablación multiorgánica en donantes cadavéricos". código: RG – INDOT – 604		
3. Verificables de la entrega de la documentación que respalde los procedimientos de ablación multiorgánica realizados.		

En, a..... dedel

Nombre, firma y sello del Director Médico del Establecimiento de Salud
Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud