



<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE HEPÁTICO</b>	<b>FECHA:</b> 16-03-2023
	<b>Versión: 01</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-551
	<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>EN ANÁLISIS</b> <input type="checkbox"/> <b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 2 de 2

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 donación y trasplante hepático, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo de acreditación correspondiente.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado que avale dos (2) años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad.</li> <li>• Título de Subespecialidad en trasplante. Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP.</li> <li>• Certificado de entrenamiento con aval de una Universidad u Hospital.</li> <li>• Historial o record quirúrgico y/o clínico</li> </ul>		
3. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento		

4. REACREDITACIÓN	SI	NO
Historial o record quirúrgico y/o clínico de los dos años de acreditación del programa de donación y trasplante hepático, con número de cirugías de ablación y trasplante (para cirujanos de trasplante) o número de pacientes al cuidado y atención (para médicos nefrólogos).		
Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento		

5. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN	SI	NO
Se compromete usted a formar parte del equipo de donación y trasplante hepático y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo al requerimiento del programa.		

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

<b>Nombre, firma y sello del profesional solicitante</b>

<b>Nombre, firma y sello del Director Médico / Gerente del Establecimiento de Salud</b>