**Formulario 002.BSCU**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO** |

|  |
| --- |
| **Nombre/Razón Social:** |
| **Dirección:** |
| **Teléfonos:** |
| **Correo electrónico:** |
| **Ciudad: Provincia:** |
| **Nombre del Director:** |
| **Permiso de funcionamiento sanitario:** |
| **Categoría: Red Pública Integral de Salud: Red Privada Complementaria:** |
| **Acreditación: Re acreditación:** |

|  |
| --- |
| **2. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |

**IMPORTANTE: En el caso de re acreditación, es necesario enviar la documentación DE LOS CAMBIOS O VARIACIONES QUE HUBIERAN EN EL ESTABLECIMIENTO O EN LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.**

|  |
| --- |
| **2.1. RESPONSABLE TÉCNICO** |

|  |
| --- |
| **Nombre:** |
| **Nro. de Registro de SENESCYT:** |
| **Nro. de registro en el MSP:** |
| **Título:** |
| **Dedicación (Porcentaje de Tiempo):** |
| **Dirección:** |
| **Teléfonos:** |
| **Correo electrónico:** |

|  |
| --- |
| **2.2. PROFESIONALES**  **(Formulario 003 por cada profesional)** |

**Recurso humano mínimo con la formación, experiencia y entrenamiento para garantizar el funcionamiento con calidad del área técnica.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número** | **Profesional** |
| 1 | **Responsable técnico**  Médico especialista con el título debidamente registrado en la SENESCYT y en el MSP, en especialidades como hematología, oncología, anatomía patológica de preferencia, con experiencia certificada en el manejo de sangre de cordón umbilical o hemoderivados.  Además deberán sustentar su experiencia y formación continua en los procesos relacionados a las actividades del BSCU. |
| 1 | **Personal de apoyo**  Profesional con el título debidamente registrado en la SENESCYT en áreas como biología, biotecnología, tecnología médica o afines.  Deberán sustentar su experiencia práctica de al menos dos (2) años y su capacitación continua en los procesos relacionados a las actividades del BSCU. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Profesión | Función | **Dedicación (%)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **2.4. SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SALUD:**  **ANEXO 1 (más detalle)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| Según consta en el: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN PARA ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE BANCOS DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL, RG-INDOT-400 |  |  |

|  |
| --- |
| **2.5 MEDICAMENTOS, MATERIALES, EQUIPOS, INSUMOS CLÍNICOS, E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RECURSOS MATERIALES** | **SI** | **NO** |
| 1. Información detallada de las características, disponibilidad y cálculo de necesidades anuales de: 2. Materiales 3. Equipamiento necesario |  |  |
| 1. Registro de mantenimiento de los equipos (Plan de mantenimiento anual) y de las instalaciones |  |  |

|  |
| --- |
| **2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** | **NA** |
| 1. Formularios del INDOT:   - Solicitud de acreditación - Formulario 001.BSCU  - Requerimientos para la Acreditación para los Bancos de Sangre de Cordón Umbilical - Formulario 002.BSCU |  |  |  |
| 1. Permiso de funcionamiento actualizado. |  |  |  |
| 1. Copia del Acto jurídico de creación de la Entidad solicitante o copia simple de la Escritura de Constitución en caso de tratarse de una compañía. |  |  |  |
| 1. Copia del Registro Único de Contribuyentes; |  |  |  |
| 1. Copia del nombramiento del Representante legal o máxima autoridad del requirente. |  |  |  |
| 1. Esquema organizacional del equipo |  |  |  |
| 1. Información estadística relevante con el análisis respectivo que incluya principales avances, problemas y posibles soluciones (solo en caso de re acreditación). |  |  |  |
| 1. Sistema de gestión de calidad: Manuales de los procedimientos operativos estándar para las actividades para las cuales solicita la acreditación el BSCU (formato digital – de preferencia- o físico con firmas de responsabilidad |  |  |  |
| Se verificara la existencia de Procesos Operativos Estándar en cada servicio a Inspeccionar. | | | |

**En……………………………………….…….,a…………………………………….del ……………**

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del Gerente del BSCU** |
|  |
| **Nombre, firma y sello del Responsable Técnico del BSCU** |
|  |