

 <b>Ministerio de Salud Pública</b> Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - <b>INDOT</b>	<b>SOLICITUD DE CREACIÓN DE USUARIOS SINIDOT</b>				<b>FECHA:</b> 01-03-2017
	<b>Versión: 03</b>				<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-333
	<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>	<b>PÁGINA:</b> 1 de 2
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS - INDOT**  
**SISTEMA NACIONAL INFORMÁTICO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE - SINIDOT**

Fecha: \_\_\_\_\_

Señor  
 Ing. Luis Guamán  
 Administrador del SINIDOT  
 Presente. -

Por medio de la presente, solicito la creación de un usuario operador en el SINIDOT :

1. DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

<b>Institución:</b>	
<b>Dirección:</b> <small>(Provincia - Ciudad - Dirección)</small>	
<b>Teléfono:</b> <small>(Código Provincia - Número)</small>	

2. DATOS DEL FUNCIONARIO

<b>Nombres:</b>	
<b>Apellidos:</b>	
<b>Cédula:</b>	
<b>Email:</b>	
<b>Teléfono:</b>	

3. PERFIL DEL SISTEMA AL CUAL DESEA ACCEDER

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Administración General                  | <input type="checkbox"/> Coordinador de Trasplantes |
| <input type="checkbox"/> Coordinador Zonal                       | <input type="checkbox"/> Equipo TX                  |
| <input type="checkbox"/> Analista Zonal de Provisión y Logística | <input type="checkbox"/> Equipo TX Administración   |
| <input type="checkbox"/> Analista de Regulación y Control        | <input type="checkbox"/> Administración Técnica     |

**Datos Importantes:** El presente documento debe llevar las firmas, sello, y adjuntar la documentación requerida en el instructivo.

	<b>SOLICITUD DE CREACIÓN DE USUARIOS SINIDOT</b>		<b>FECHA:</b> 01-03-2017	
			<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-333	
	<b>Versión: 03</b>			<b>PÁGINA:</b> 2 de 2
	<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/>	<b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/>	

El suscrito asume todas las responsabilidades inherentes a la administración del usuario asignado. El Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células – INDOT, no será responsable del mal uso que pueda dar a la información a la cual he accedido como usuario.

Atentamente

FUNCIONARIO SOLICITANTE

Sello de la Institución

MÁXIMA AUTORIDAD/DELEGADO

NOMBRE:

NOMBRE:

C.I.:

C.I.:

**Datos Importantes:** El presente documento debe llevar las firmas, sello, y adjuntar la documentación requerida en el instructivo.