

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN PARA ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS	FECHA: 16-08-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-364
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 3

Formulario 002.AT

EXPEDIENTE N°:
(USO DEL INDOT)

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. DIRECTOR TÉCNICO

Nombre:
N° de Registro de SENESCYT:
Título:
Dedicación (Tiempo %):
Dirección:
Teléfonos:
Correo electrónico:

2.2. PERSONAL DE SALUD
(Formulario 003 por cada profesional)

El equipo del establecimiento que realice almacenamiento temporal o definitivo de tejidos como mínimo por los siguientes profesionales:

Número	Profesional
1	Director Técnico Con título en Medicina o las Ciencias Biomédicas, con formación y experiencia de al menos 3 años en alguna de las siguientes áreas: Hematología, Medicina transfusional, Banco de tejidos o Criobiología.
1	Responsable Técnico Con título de Tecnólogos Médicos, de Laboratorio y/o Químicos. Con experiencia en los procedimientos técnicos de recolección, procesamiento, y almacenamiento de tejidos, control de calidad.

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN PARA ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS	FECHA: 16-08-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-364
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 3

Nombre	Título	Función	Dedicación (%)

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

	SI	NO
SERVICIOS FINALES :		
1. Área de usuarios		
2. Atención al ambiente		
SERVICIOS INTERMEDIOS:		
3. Área de almacenamiento temporal		
4. Área de almacenamiento definitivo		
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS:		
5. Dirección		
6. Administración		
7. Talento Humano		
8. Suministros		
9. Financiero		
10. Estadística e información		
11. Servicios generales		
12. Mantenimiento		

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: a. Materiales b. Equipamiento necesario		
2. Registro de mantenimiento de los equipos - plan de mantenimiento anual		

2.6 DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

	SI	NO	NA
1. Formularios del INDOT: - Solicitud de acreditación - Formulario 001.AT - Requerimientos para la Acreditación para el Almacenamiento de Tejidos - Formulario 002.AT			

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	REQUERIMIENTOS PARA LA ACREDITACIÓN PARA ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS	FECHA: 16-08-2016
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-364
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 3 de 3

2. Permiso de funcionamiento actualizado.			
3. 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.			
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 salud			
7. Documento que certifique que su Establecimiento ha implementado un Sistema de Gestión de Calidad.			
Se verificara la existencia de Manuales de Procedimientos en cada servicio a Inspeccionar.			

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

Nombre, firma y sello del Gerente del Establecimiento
Nombre, firma y sello del Director Técnico del Establecimiento