

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES - BSCU</b>	<b>FECHA:</b> 25-05-2017
	<b>Versión: 02</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-402
<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/>	<b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/>
<b>OBSOLETO</b> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 1 de 3	

## FORMULARIO 003.BSCU

### 1. DATOS DEL PROFESIONAL

Nombres y Apellidos:
Nº de Cédula de Identidad:
Especialidad médica:
Subespecialidad médica:
Nº de registro en el Senescyt:
Registro de título profesional en el MSP:
Dirección:
Teléfonos:
Correo Electrónico:
Ciudad/Provincia:
Acreditación: <span style="float: right;">Re acreditación:</span>

FOTO
FOTO

### 2. ACREDITACIÓN PARA:

Actividad	Si	No
Procesamiento		
Almacenamiento temporal		
Almacenamiento definitivo		

Detalle la función específica dentro del BSCU:

---

### 3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada		
2. Copia simple del título profesional		
3. Contrato legalizado con la institución o documentos que demuestren la prestación de servicio donde conste la dedicación al programa.		
4. Certificado de registro del título profesional en el MSP (indispensable sólo para el responsable técnico)		
5. Documentos que avalan experiencia en procesamiento y almacenamiento de sangre de cordón umbilical: (adjuntar documentos de respaldo)		
<b>Puede entregar uno o más de los siguientes:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a) <b>Título de Subespecialidad.</b> Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP (indispensable sólo para el responsable técnico)		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES - BSCU</b>	<b>FECHA:</b> 25-05-2017							
	<b>Versión: 02</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-402							
	<table border="0"> <tr> <td><b>PUBLICADO</b></td> <td><b>EN ANALISIS</b></td> <td><b>BORRADOR</b></td> <td><b>OBSOLETO</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>	<b>OBSOLETO</b>						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

<p><b>b) Certificado de entrenamiento con aval universitario u hospitalario docente:</b> El documento debe ser emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por el hospital docente o universidad, con el nombre de profesor/tutor, duración del entrenamiento, actividades llevadas a cabo durante el mismo. Si realizó el entrenamiento fuera del país debe ser legalizo en el país. Todos los documentos deben estar traducidos al español.</p>		
<p><b>c) Certificado de entrenamiento por establecimientos no docentes:</b> documento debe ser emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por el centro de entrenamiento, con el nombre de profesor/tutor, duración del entrenamiento, actividades llevadas a cabo durante el mismo. Si realizó el entrenamiento fuera del país debe estar legalizado en el país. Todos los documentos deben estar traducidos al español.</p>		
<p><b>d) Certificado de experiencia:</b> Podrá ser expedido por las entidades en las cuales haya laborado el profesional, emitido por la Máxima Autoridad en donde especifique que el solicitante desempeña o desempeñó actividades de procesamiento, criopreservación y/u otras actividades de control de muestras de sangre de cordón umbilical. El profesional deberá contar con al menos seis (6) meses de experiencia en el campo.</p>		
<p>6. Capacitación relacionado con la actividad del BSCU (adjuntar certificados):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

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

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

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b></p>	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES - BSCU</b>	<b>FECHA:</b> 25-05-2017
	<b>Versión: 02</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-402
	<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/> <b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/> <b>OBSOLETO</b> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 3 de 3

<b>Nombre, firma y sello del Director Médico/ Gerente del BSCU</b>