

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<b>SOLICITUD DE CREACIÓN DE USUARIOS SINIDOT</b>		FECHA: 24-11-2021	
			CÓDIGO: RG-INDOT-333	
	<b>Versión: 09</b>			PÁGINA: 1 de 2
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <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

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

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

2. DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombres:	
Apellidos:	
Cédula:	
Email:	
Teléfono:	

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

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<b>SOLICITUD DE CREACIÓN DE USUARIOS SINIDOT</b>				FECHA: 24-11-2021
					CÓDIGO: RG-INDOT-333
	<b>Versión: 09</b>				PÁGINA: 2 de 2
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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"/> Procurador                         |
| <input type="checkbox"/> Administración Técnica                  | <input type="checkbox"/> Laboratorio de histocompatibilidad |
| <input type="checkbox"/> Operador REDT                           | <input type="checkbox"/> Administración REDT                |
| <input type="checkbox"/> Coordinador Zonal REDT                  |   |

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.