 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN</b>	<b>FECHA:</b> 30-11-2021							
	<b>Versión: 08</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-270							
	<table border="1"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANÁLISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</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>	PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**FORMULARIO 001**

**SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN**

Lugar y fecha: .....

Sr(a). Dr (a):

***DIRECTOR (A) EJECUTIVO (A)***  
***INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS (INDOT)***

Presente.-

De mi consideración:


En mi calidad de Máxima autoridad del Establecimiento de Salud  
 ....., de la ciudad de  
 .....me permito solicitar a usted, la

**ACREDITACIÓN**     **REACREDITACIÓN**

Para realizar:

Donación (Procuración y ablación)	
Donación y Trasplante*	
Trasplante (Selección del paciente y evaluación pre trasplante, procedimiento de trasplante y seguimiento pos trasplante)	
Selección del paciente y evaluación pre trasplante	
Seguimiento pos trasplante	

(\*: La acreditación en donación y trasplante, incluye la procuración, ablación, selección del paciente, la evaluación pretrasplante, procedimiento de trasplante y el seguimiento pos trasplante)

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN</b>		<b>FECHA:</b> 30-11-2021
	<b>Versión: 08</b>		<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-270
	<b>PUBLICADO</b>	<b>EN ANALISIS</b>	<b>BORRADOR</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>PÁGINA:</b> 2 de 2

En el programa de trasplante:

	<b>Donante vivo</b>	<b>Donante cadavérico</b>	<b>Adulto</b>	<b>Pediátrico</b>
Cardíaco				
Hepático				
Pulmonar				
Renal				
Renopancreático				
Intestinal				
Progenitores hematopoyéticos				
Córneas				

Para el efecto, adjunto toda la documentación requerida para este proceso.

Me comprometo a dar cumplimiento a todas las regulaciones descritas en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, su Reglamento general y demás normativas emitidas por el INDOT y del Ordenamiento Jurídico Ecuatoriano.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello de la Máxima Autoridad del Establecimiento de Salud.