
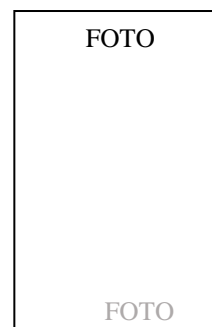


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA PARA TRASPLANTES	FECHA: 31-03-2023							
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-354							
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</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 ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

FORMULARIO 003. LHI

1. DATOS DEL PROFESIONAL

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y Apellidos:	
Nº de Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	
Especialidad:	
Nº de registro SENESCYT	
Domicilio: Cantón:	Ciudad:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Acreditación:	Reacreditación:



2. Escoja la función específica en el equipo del Laboratorio, dentro de las siguientes opciones:

Director Técnico	
Responsable Técnico	
Técnico de apoyo	
Otro:	

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA


DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada en donde conste el número de documento de identificación o pasaporte en caso de ser pertinente.		
2. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el laboratorio, debidamente certificado por el departamento de talento humano o la máxima autoridad de la institución, por cada profesional.		
3. Documentos que avalan formación y/o experiencia en procedimientos de Laboratorio, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo correspondiente.		

4. REACREDITACIÓN

	SI	NO
Formulario 003.LH1 "Solicitud de acreditación reacreditación de profesionales para laboratorio de histocompatibilidad e inmunogenética para trasplantes" código; RG-INDOT-354		
Contrato legalizado con la institución o documento que avale la relación contractual con el servicio de apoyo, debidamente certificado por el departamento de talento humano o la máxima autoridad de la institución, por cada profesional.		
Certificados de cursos de capacitación continua		

4. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN

	SI	NO
Se compromete usted a formar parte del equipo del Laboratorio y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo a los requerimientos necesarios.		

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	<p>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA LABORATORIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD E INMUNOGENÉTICA PARA PARA TRASPLANTES</p>	<p>FECHA: 31-03-2023</p>
	<p>Versión: 05</p>	<p>CÓDIGO: RG-INDOT-354</p>
	<p>PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/></p>	<p>PÁGINA: 2 de 2</p>

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

<p align="center">Nombre, firma y sello del Profesional solicitante</p>

<p align="center">Nombre, firma y sello de la máxima autoridad del Laboratorio</p>