

 Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	FORMULARIO DE VISITA DE SEGUIMIENTO A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS DE APOYO ACREDITADOS		FECHA: 21-07-2026	
	Versión: 03		CÓDIGO: RG-INDOT-383	
	PUBLICADO ☒ EN ANALISIS ☐ BORRADOR ☐ OBSOLETO ☐		PÁGINA: 1 de 3	

FECHA DE VISITA		COORDINACIÓN ZONAL:	
------------------------	--	----------------------------	--

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD ACREDITADO				
Nombre:				
Dirección:				
Provincia:			Cantón:	
Dependencia: IESS	☐	ISSFA	☐	ISSPOL
	☐	MSP	☐	RIVADA
Programa de trasplante:				
Fecha de Inicio de Acreditación:			Fecha de Fin de Acreditación:	
Colocar una X en SI o en NO y calificar de acuerdo a la escala propuesta				
RECOMENDACIONES DE LA VISITA DE INSPECCIÓN A VALORAR				
Recomendación No. 1:	CUMPLE		CALIFICACIÓN	10: Cumple totalmente
	SI	NO		5: Se encuentra en proceso de cumplimiento
				0: No cumple
Observaciones encontradas:				
Justificación del establecimiento:				
Recomendaciones:				
Recomendación No. 2:	CUMPLE		CALIFICACIÓN	10: Cumple totalmente.
	SI	NO		5: Se encuentra en proceso de cumplimiento
				0: No cumple
Observaciones encontradas:				
Justificación del establecimiento:				
Recomendaciones:				
Recomendación No. 3:	CUMPLE		CALIFICACIÓN	10: Cumple totalmente.
	SI	NO		5: Se encuentra en proceso de cumplimiento
				0: No cumple
Observaciones encontradas:				
Justificación del establecimiento:				
Recomendaciones:				

Recomendación No. 4:	CUMPLE		CALIFICACIÓN	10: Cumple totalmente
	SI	NO		5: Se encuentra en proceso de cumplimiento
				0: No cumple
Observaciones encontradas:				
Justificación del establecimiento:				
Recomendaciones:				
Recomendación No. 5:	CUMPLE		CALIFICACIÓN	10: Cumple totalmente
	SI	NO		5: Se encuentra en proceso de cumplimiento
				0: No cumple
Observaciones encontradas:				
Justificación del establecimiento:				
Recomendaciones:				
Recomendación No. 6:	CUMPLE		CALIFICACIÓN	10: Cumple totalmente
	SI	NO		5: Se encuentra en proceso de cumplimiento
				0: No cumple
Observaciones encontradas:				
Justificación del establecimiento:				
Recomendaciones:				
Recomendación No. 7:	CUMPLE		CALIFICACIÓN	10: Cumple totalmente
	SI	NO		5: Se encuentra en proceso de cumplimiento
				0: No cumple
Observaciones encontradas:				
Justificación del establecimiento:				
Recomendaciones:				
PUNTAJE OBTENIDO/ PUNTAJE MÁXIMO APLICABLE				
CALIFICACIÓN TOTAL EN PORCENTAJE:				
Cumplimiento del 80 a 100%	Planificar visita en 6 meses			
Cumplimiento del 50 a 79%	Planificar visita en 4 meses			
Cumplimiento del 10 al 49%	Planificar visita en 2 meses			
Cumplimiento menor del 10%	Suspensión temporal			

COMPROMISOS	RESPONSABLE	FECHA DE CUMPLIMIENTO

Nombre, firma y sello del responsable de la Coordinación Zonal ____
Nombre, firma y sello del responsable del Establecimiento de Salud/ Servicio de apoyo