


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p> 	CERTIFICADO DE ASISTENCIA	FECHA: 11-08-2022							
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-379							
	<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"/>						

Visita RCC
 Visita Pos trasplante
 Visita identificación de donantes
 Salida alarma
 Salida operativos

Por medio del presente certifico que _____


Acudió a _____

Con la finalidad de: _____

Desde las: _____ Hasta las: _____, del día _____ de _____ de _____

Atentamente

Nombre:
Cargo:
Unidad médica:

<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p> 	CERTIFICADO DE ASISTENCIA	FECHA: 11-08-2022							
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-379							
	<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"/>						

Visita RCC
 Visita Pos trasplante
 Visita identificación de donantes
 Salida alarma
 Salida operativos

Por medio del presente certifico que _____

Acudió a _____

Con la finalidad de _____

Desde las: _____ Hasta las: _____, del día _____ de _____ de _____

Atentamente

Nombre:
Cargo:
Unidad médica: