

**CHECK LIST PARA CALIFICACIÓN DEL OPERADOR DE VACUNACIÓN**

I. INFORMACIÓN GENERAL					
Nombre del Operador:					
Provincia:		Tipo de operador:	Privado	Público	
Parroquia:		Cantón:			
Dirección:		Localización (UTM)	X:		
Teléfono:		Z:	Y:		
Correo Electrónico:		Razón Social			
II. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA					
Denominación	Nombre	Hoja de Vida		Contrato/Nr. Registro	
		Cumple	No Cumple	Cumple	No Cumple
Presidente					
Secretario/Digitador					
Contador/Financiero					
Médico Veterinario					

III. DOCUMENTACIÓN		
	Cumple	No Cumple
Solicitud suscrita por Representante Legal		
Copia Acuerdo Ministerial o Documento de Creación		
Copia de los estatutos		
Copia del Nombramiento Vigente de la directiva		
Copia de cédula y papeleta de votación del Representante Legal		
Copia de razón social		
Certificado actualizado de la Cuenta Bancaria		
Propuesta de trabajo		

IV. UNIDADES OPERATIVAS**						
Nro.	NOMBRE	UBICACIÓN (CANTÓN)	Teléfono	Aprobada	Rechazada	Puntaje
1	Oficina Central					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

\*\* Para cada Unidad Operativa deberá gestionarse un Formulario de Inspección de Unidades Operativas. Solo se trabajará con las Unidades Operativas Aprobadas. Los acuerdos de trabajo a los que llegue la Unidad Operativa y la SubOperativa será manejada por los representantes de ambas partes.

V. RESULTADO DE LA CALIFICACION			
Aprobado:		Negado:	
VI. OBSERVACIONES			

Firma			
Nombre			
Denominación	Director Provincial	Técnico Responsable	Representante Legal