

Fecha: \_\_\_\_\_

Número de proveedor asignado: \_\_\_\_\_

Razón Social / Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre comercial: \_\_\_\_\_

Tipo de prestador: \_\_\_\_\_ Tipo de contrato: \_\_\_\_\_

Honorarios: \_\_\_\_\_ Pago a: \_\_\_\_\_ días hábiles.

Datos fiscales (como aparece en la inscripción en el RFC).

Persona:  Persona Física  Persona Moral  RFC: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Núm: \_\_\_\_\_ Colonia: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Del. / Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ IVA Aplicable: \_\_\_\_\_

Datos generales

Hospital(es): \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

No. cédula: \_\_\_\_\_

# Consultorio:  Externo  Interno  Especialidad 1: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ No. cédula 1: \_\_\_\_\_

Especialidad 2: \_\_\_\_\_

Tels./ext. - Nextel/Fax: \_\_\_\_\_ No. cédula 2: \_\_\_\_\_

Días y horario de atención: \_\_\_\_\_ Consejo Médico: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ # Consejo Médico: \_\_\_\_\_

Documentos (Marcar con "X")

Acta Constitutiva, Modificaciones y Poder (Personas Morales)

Constancia de Inscripción en el RFC o de Situación Fiscal

Comprobante de domicilio

Estado de cuenta bancaria (datos generales y "CLABE" legible)

Currícula

Identificación del INE de la Persona Física y/o del Representante Legal

Cédula del Médico y Especialidad

Certificado del Consejo Mexicano de la Especialidad (ambos lados)

Formato de solicitud de transferencia bancaria (se anexa formato)

Carátula de póliza de RC Profesional

### Para uso exclusivo de Seguros Ve por Más

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Tipo de contrato: \_\_\_\_\_

Regional:  Temporal

Área solicitante:  Definitivo

Motivo de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del área solicitante: \_\_\_\_\_

Declaro bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en este documento son verídicos.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma