

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

Nombre o Razón Social: \_\_\_\_\_

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 CURP: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Delegación / Municipio: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ IVA aplicable: \_\_\_\_\_

**Datos generales**

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

No. Consultorio:  Externo  Interno No. cédula: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Especialidad 1: \_\_\_\_\_

No. cédula 1: \_\_\_\_\_

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

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

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

Email: \_\_\_\_\_ No. 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 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: \_\_\_\_\_

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

### Infraestructura

Fecha:

Marca con una "x" cuando se cuente con el concepto indicado y en su caso las cantidades correspondientes.

Ejemplo:

Nº de camas	57	Consulta Externa	X
Nº de camas		Terapia intensiva neonatos	
Consulta externa		Cuneros	
Laboratorio		Inhaloterapia	
Farmacia		Rehabilitación	
Urgencias		Equipo de hemodiálisis	
Área de choque		Tomografía	
Hospitalización		RX / Contraste	
Quirófanos, ¿cuántos?		Resonancia magnética	
Cirugía corta estancia		Equipos de ultrasonido	
Unidad de trasplante		Equipos de ultrasonido 3 y 4 dimensión	
Banco de sangre		TAC	
Terapia intensiva		PET	
Terapia intermedia		Área de enseñanza	
Cuidados coronarios		Área de investigación	
Unidad tocoquirúrgica		Ambulancia	
Cuidados neonatales		Helipuerto	

### Especialidades

Marca con una "x" las especialidades con las que cuenta el centro hospitalario para brindar servicio.

Alergología		Intensivista	
Alergología pediátrica		Intensivista pediátrico	
Angiología		Mastología	
Audiología		Medicina crítica	
Cardiología		Medicina interna	
Cardiología pediátrica		Nefrología	
Cirugía cardiovascular		Nefrología pediátrica	
Cirugía de hombro y mano		Neonatología	
Cirugía de torax		Neumología	
Cirugía gastroenterológica		Neumología pediátrica	
Cirugía general		Neurocirugía	
Cirugía general y laparoscopia		Neurofisiología	
Cirugía maxilofacial		Neurooftalmología	
Cirugía oncológica		Neurología	
Cirugía pediátrica		Neurología pediátrica	
Cirugía plástica y reconstructiva		Nutriología	
Cirugía vascular periférica		Nutriología pediátrica	
Dermatología		Odontología	
Endocrinología		Oftalmología	
Endoscopia		Oncología	
Fisioterapia y rehabilitación		Oncología radiológica	
Foniatría		Ortopedia y traumatología	

Gastroenterología		Otoneurología	
Gastroenterología pediátrica		Otorrinolaringología	
Gastroenterología y endoscopia		Patología	
Genética		Pediatría	
Geriatría		Proctología	
Gineco-Obstetricia		Psicología	
Hematología		Psiquiatría	
Hemodinamia		Reumatología	
Infectología		Urología	
Inmunología pediátrica			

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

---

Nombre y firma