



REQUISITOS ACREDITACIÓN / REACREDITACIÓN
HOSPITAL DE LOS VALLES

FECHA: _____
APELLIDOS Y NOMBRES: _____
ESPECIALIDAD: _____

COPIA DE DOCUMENTOS ACTUALIZADOS A SER ENTREGADOS FISICAMENTE

1. CURRICULUM VITAE ACTUALIZADO A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN
2. TITULO DE MEDICO GENERAL
3. TITULO DE MEDICO ESPECIALISTA / SUBESPECIALISTA
4. REGISTRO EN "SENESCYT" Y "ACCESS" DE LOS TITULOS DE MEDICO GENERAL, ESPECIALISTA Y/O SUBESPECIALISTA
5. CURSO "BLS" VIGENTE
6. PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTE
7. CONTRATO CIVIL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES
8. CÉDULA DE CIUDADANÍA Y/O IDENTIDAD
9. NUMERO DE REGISTRO MEDICO: _____ GRUPO SANGUINEO: _____
10. DOS (2) FOTOS TAMAÑO CARNÉ A COLORES CON FONDO BLANCO
11. TRES (3) CERTIFICADOS DE REFERENCIAS PERSONALES DE MEDICOS
12. COPIA DEL RUC VIGENTE
13. CERTIFICADO BANCARIO ACTUALIZADO
14. \$ 200 VALOR DE ACREDITACION (MAS IVA) **(SELECCIONE SI ES PRIMERA VEZ)**
15. \$ 62,50 VALOR DE REACREDITACION (MAS IVA) **(SELECCIONE SI ES REACREDITACION)**
- 16.- TALLA DE MANDIL:

DATOS PERSONALES

DIRECCIÓN CONSULTORIO: _____
DIRECCION CASA: _____
TELEFONO CONSULTORIO: _____ TELEFONO CASA: _____
NO. CELULAR _____ OTRO (OPCIONAL) _____
E-MAIL: _____
FORMA PARTE DEL CUADRO DE MEDICOS
DE ALGUNA ASEGURADORA? _____
TIENE CONVENIO DIRECTO CON
ALGUNA ASEGURADORA? _____

SEGUIMIENTO (PARA EL HOSPITAL)

FECHA	REVISADO POR	OBSERVACIONES