**SOLICITUD PARA SER CONSIDERADO PRESTADOR DE LA RED COMPLEMENTARIA DE SALUD DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)**

Ciudad, día, mes, año

Señores INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL,

Presente.

De mi consideración.

Con un atento saludo, yo (Nombre del representante legal) con (CI° XXXXXX) en mi calidad representante legal de (nombre de la Clínica XXXX) con (Ruc N° XXXXXX), me dirijo a fin de solicitar que mi representada sea considerada para suscribir convenios como prestador externo.

En este sentido, debo informar que la (nombre de la Clínica XXXX) cuenta con el siguiente permiso de funcionamiento:

(Anexo 1)

* Fecha de emisión: día, mes, año
* Fecha de Vencimiento: día, mes, año
* Nivel: XXXX

Así mismo somos calificados por el Ministerio de Salud Pública zona (Colocar Zona a la que pertenecen XXXX) y contamos con el certificado para ser prestador de la Red Publica Integral de Salud.

(Anexo 2)

* Fecha de emisión: día, mes, año
* Fecha de Vencimiento: día, mes, año
* Nivel: XXXX

En este sentido pongo en su consideración todo nuestro contingente medico Infraestructura y tecnología de punta para brindar un servicio de calidad y calidez a nuestros usuarios y cumplir así con las exigencias en atención y profesionalismo que nuestro campo demanda.

La cartera de servicios acorde al tarifario que oferta (nombre de la Clínica XXXX) se adjunta en el (anexo 3).

Sin otro particular agradezco su atención.

Atentamente.

(Nombre del representante XXXX)

(*Nombre* de la Clínica XXXX)

Telf.: xxxxxxx cel.: XXXXXXXX

Mail: xxxxx@xxxxx.com