



REGISTRO DE PROVEEDORES DE INSUMOS

Código: 1224-13-29-02

Versión: 3

Fecha de Actualización: Abril 2013

Elaborado por: Responsable del Área de Almacén

FECHA: _____

NUEVO PROVEEDOR ()		ACTUALIZACIÓN ()			
INFORMACION ADMINISTRATIVA					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			CÉDULA O NIT		
CIUDAD Y DIRECCIÓN			TELÉFONO (S)		
FAX	E-MAIL		A.A		
REGISTRO MERCANTIL Nº	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA ÚLTIMA RENOVACIÓN			
INSCRIPCIÓN I.V.A.	REGIMEN COMUN () SIMPLIFICADO ()	AUTORRETENEDOR SI () NO ()	RESOLUCIÓN Nº DE		
RESOLUCIÓN DE FACTURAS Nº	FECHA DE LA RESOLUCIÓN		FACTURAS APROBADAS		
TIPO DE EMPRESA: PRODUCCIÓN () DISTRIBUCIÓN () IMPORTACIÓN ()					
LINEA DE MERCANCÍA QUE PROVEE		LINEA DE PRODUCTOS			
LISTA DE FUNCIONARIOS CON QUIEN COMUNICARSE SEGUN EL TEMA A TRATAR					
REPRESENTANTE LEGAL NOMBRE:	CARGO	TELÉFONO (S)			
NEGOCIACIÓN DE OFERTAS NOMBRE:	CARGO	TELÉFONO (S)			
SOLICITUD DE PEDIDOS NOMBRE:	CARGO	TELÉFONO (S)			
MANEJO DE RECLAMACIONES NOMBRE:	CARGO	TELÉFONO (S)			
CRÉDITOS NOMBRE:	CARGO	TELÉFONO (S)			
NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS:					
DIRECTIVO:		TÉCNICO:	OPERATIVO:		
INFORMACION TÉCNICA					
ESPECIFICACION DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS QUE OFRECE:					
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	MARCA	CAPACIDAD MENSUAL		PLAZO EN DÍAS	
		PRODUCCIÓN	SUMINISTRO	ENTREGA	PAGO
SISTEMAS DE CALIDAD SI () NO ()		CERTIFICADO DE CALIDAD PARA:		PRODUCTO ()	
TIPO DE SISTEMA		SISTEMA DE CALIDAD ()			
MAQUINARIA UTILIZADA:		TIPO DE EMPAQUES Y SUBEMPAQUES			
CUENTAN CON UN DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO: SI () NO ()					
LLEVAN A CABO LA FUNCIÓN DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD: SI () NO ()					
ESTÁN DOCUMENTADAS LAS ACTIVIDADES DE CALIDAD: SI () NO ()					
SE INSPECCIONA Y CONTROLA LA CALIDAD DE:					
MATERIAS PRIMAS: () PRODUCTO EN PROCESO: () PRODUCTO TERMINADO ()					
SE PRESTA SERVICIO POSVENTA: SI () NO () EN CASO AFIRMATIVO FACILITAR DETALLES					
INFORMACION FINANCIERA Y COMERCIAL					
REFERENCIAS BANCARIAS:					
NOMBRE DEL BANCO _____			DIRECCIÓN: _____		

NOMBRE DEL BANCO _____	DIRECCIÓN: _____	
NOMBRE DEL BANCO _____	DIRECCIÓN: _____	
REFERENCIAS COMERCIALES COMO PROVEEDOR (MÍNIMO DOS)		
EMPRESA _____	DIRECCIÓN _____	TELÉFONO _____
EMPRESA _____	DIRECCIÓN _____	TELÉFONO _____
EMPRESA _____	DIRECCIÓN _____	TELÉFONO _____
FUENTES DE FINANCIACIÓN: _____		
CONDICIONES COMERCIALES DE NEGOCIACIÓN:		
DESCUENTOS BÁSICOS _____	ÚNICO _____	SERIE _____
FORMAS DE PAGO _____	DESCUENTO FINANCIERO _____	
DÍAS LÍMITE _____	DÍAS DE PLAZO _____	
SISTEMAS DE ENTREGA Y LUGAR DE ENTREGA _____		
SISTEMA DE AJUSTE DE LOS PRECIOS PACTADOS _____		
PERIODO DE ACTUALIZACIÓN DE PRECIOS Y PRODUCTOS _____		
FACILITA COTIZACIONES POR ESCRITO SI () NO () _____		
CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN:		
ACEPTA DEVOLUCIÓN POR AVERÍA: SI () NO () _____	CUÁLES _____	
ACEPTA DEVOLUCIÓN POR EXCESO: SI () NO () _____	CUÁLES _____	
CUÁL ES EL PRECIO POR DEVOLUCIÓN: _____		
ANEXOS		
Registro de proponentes y certificado de existencia y representación legal expedidos por la Cámara de Comercio		
Fotocopia del NIT		
Certificado del RUT		
Fotocopia del modelo de factura que usa la empresa		
Certificado de calidad o fotocopia del manual de calidad de la empresa		
Referencias comerciales (mínimo dos)		
Balance y estado de resultados del último año discriminado en corriente y no corriente		
Referencia Bancaria		
Portafolio de productos y/o servicios		
Ficha técnica (verificar que los insumos de material médico-quirúrgico que no requieren registro de INVIMA cuenten con ficha técnica)		
Certifico que la presente información, incluidos los documentos que se adjuntan, es correcta en todos sus términos		
FIRMA: _____		
REPRESENTANTE LEGAL DEL PROVEEDOR		
C.C.		
ESPACIO RESERVADO PARA EL HOSPITAL		
ACEPTADO () RECHAZADO () _____		
FECHA: AÑO _____ MES _____ DÍA _____		
OBSERVACIONES: _____		

Revisado por:

JUAN DAVID POSADA T
Químico farmacéutico

Aprobado por:

Gloria Patricia Valencia
Gerente