

 <p>ESE HOSPITAL DEL SUR I T A G Ü Í</p>	REGISTRO DE PROVEEDORES DE SERVICIOS	Código: 1224-13-29-03
		Versión: 3
		Fecha de Actualización: Abril de 2008
		Elaborado por: Responsable del servicio farmacéutico

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 COMÚN () SIMPLIFICADO ()	AUTORRETENEDOR SI () NO () DE	RESOLUCIÓN Nº
RESOLUCIÓN DE FACTURAS Nº	FECHA DE LA RESOLUCIÓN	FACTURAS APROBADAS	
TIPO DE EMPRESA: ASESORÍAS () PRESTACIÓN DE SERVICIOS ()			
LISTA DE FUNCIONARIOS CON QUIEN COMUNICARSE SEGUN EL TEMA A TRATAR:			
REPRESENTANTE LEGAL	CARGO	TELÉFONO (S)	
NOMBRE:			
NEGOCIACIÓN DE OFERTAS	CARGO	TELÉFONO (S)	
NOMBRE:			
SOLICITUD DE PEDIDOS	CARGO	TELÉFONO (S)	
NOMBRE:			
MANEJO DE RECLAMACIONES	CARGO	TELÉFONO (S)	
NOMBRE:			
CRÉDITOS	CARGO	TELÉFONO (S)	
NOMBRE:			
NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS:			
DIRECTIVO:	ADMINISTRATIVO:	TÉCNICO:	OPERATIVO:
INFORMACION TÉCNICA			
ESPECIFICACIÓN DE LOS PRINCIPALES SERVICIOS QUE PRESTA			
DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO			
SISTEMAS DE CALIDAD SI () NO ()		CERTIFICADO DE CALIDAD PARA SISTEMA DE CALIDAD ()	
TIPO DE SISTEMA			
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 DEL SERVICIO PRESTADO SI () NO ()			
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	_____
EMPRESA	_____	DIRECCIÓN	_____
EMPRESA	_____	DIRECCIÓN	_____
FUENTES DE FINANCIACIÓN:			
SE GARANTIZAN LOS SERVICIOS: SI () NO ()		PERIODO:	
_____ CLASE DE GARANTÍA: _____			
PROCESOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y LUGAR:			
ANEXOS			

Registro de proponentes y certificado de existencia y representación legal expedidos por la Cámara de Comercio
Fotocopia del formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores Servicios de Salud debidamente radicado ante la DSSA. (Para prestación de servicios de salud)
Fotocopia del NIT
Certificado del RUT
Fotocopia del modelo de factura que usa la empresa
Certificado de calidad ICONTEC 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 servicios

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: