



REGISTRO DE PROVEEDORES DE INSUMOS

Código: 1224-13-29-02
Versión: 2
Fecha de Actualización: Marzo de 2007
Elaborado por: Responsable del Área de Almacén y Farmacia

FECHA: _____

NUEVO PROVEEDOR ()		ACTUALIZACIÓN ()			
INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			CÉDULA O NIT		
CIUDAD Y DIRECCIÓN			TELÉFONO (S)		
FAX	E-MAIL		A.A		
REGISTRO MERCANTIL N°	FECHA DE EXPEDICIÓN	FECHA ULTIMA RENOVACION			
INSCRIPCIÓN I.V.A.	REGIMEN COMÚN () SIMPLIFICADO ()	AUTORRETENEDOR SI () NO () N° DE	RESOLUCIÓN		
RESOLUCIÓN DE FACTURAS N°	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: _____		
ADMINISTRATIVO: _____			TÉCNICO: _____		
			OPERATIVO: _____		
INFORMACIÓN TÉCNICA					
ESPECIFICACIÓN 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 INVESTIGACION 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					
INFORMACIÓN 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			
PERÍODO 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: **LUZ JENNY VILLADA RESTREPO**
Subdirectora Administrativa

Aprobado por: **MAURICIO ANTONIO TORO ZAPATA**
Gerente (E)