

05SU06-VI

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
 SUBDIRECCIÓN COMPRAS – SUMINISTROS
 DATOS PROVEEDORES

RAZÓN SOCIAL _____

NIT: _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____

TELÉFONOS _____ FAX _____

PÁGINA WEB: _____

GRAN CONTRIBUYENTE: _____ AUTORETENEDOR: _____

RESPONSABLE DE IVA: _____ RESPONSABLE DE ICA: _____

RÉGIMEN: COMÚN SI _____ NO _____ SIMPLIFICADO: SI _____ NO _____

CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____ TARIFA ICA: (Porcentaje) _____

PERSONA ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE VENTAS (En la empresa)

NOMBRE _____

TEL: _____ FAX _____

PERSONA ENCARGADA DE COTIZACIONES (En la empresa)

NOMBRE _____ TEL _____

LÍNEA DE ATENCIÓN AL CLIENTE _____ FAX _____

HORARIO DE ATENCIÓN: _____ PÁGINA WEB: _____

REPRESENTANTE COMERCIAL (Persona Encargada de Nuestra Entidad)

NOMBRE : _____

TELÉFONO FIJO: _____ CELULAR: _____ FAX _____

REPRESENTANTE LEGAL (Quien figura en Cámara de Comercio)

NOMBRE : _____

TEL: _____ FAX _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA _____ CELULAR _____

Anexar a este formato:

- ❖ REGISTRÓ EN CÁMARA DE COMERCIO (EXPEDICIÓN NO SUPERIOR A 15 DÍAS).
- ❖ REGISTRO ÚNICO DE PROPONENTES (EXPEDICIÓN NO SUPERIOR A 15 DÍAS).
- ❖ FOTOCOPIA DE CÉDULA DEL REPRESENTANTE LEGAL
- ❖ FOTOCOPIA RUT
- ❖ DECLARACIÓN DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES