



ANEXO I
FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
REGISTRO DE PROVEEDORES

1) IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR:

1.1 PERSONAS FÍSICAS:

Nombre _____ Apellido _____
DNI _____
CUIT _____
Domicilio _____

Nombre de Fantasía _____

1.2 PERSONAS JURIDICAS:

Denominación _____
Tipo de sociedad _____
Inscripción en el Registro Público de Comercio _____
Nombre, Apellido y DNI de los Socios:
i) _____
ii) _____
iii) _____
iv) _____
Nombre y apellido y DNI de los representantes legales de la sociedad
Directivos / Gerentes, con indicación del cargo:
i) _____ cargo: _____
ii) _____ cargo: _____
iii) _____ cargo: _____
iv) _____ cargo: _____
Nombre y apellido y DNI de los apoderados de la sociedad con indicación de
las facultades y datos identificatorios del poder respectivo
i) _____
ii) _____

2) IDENTIFICACIÓN DE DATOS DEL PROVEEDOR, SEA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA

2.2 DOMICILIOS / TELÉFONOS / CORREO ELECTRÓNICO

2.a) SEDE PRINCIPAL: CALLE _____, N° _____,
_____, PISO _____, DEPARTAMENTO, LOCALIDAD,
_____, PROVINCIA _____, PAIS _____,
_____, CÓDIGO POSTAL _____, TELÉFONOS _____,
_____, FAX _____.

2.b) LEGAL DE COMUNICACIONES: CALLE _____, N° _____, PISO _____,
DEPARTAMENTO, _____, LOCALIDAD, _____,
_____, PROVINCIA _____, PAIS _____,
_____, CÓDIGO POSTAL _____, TELÉFONOS _____,
_____, FAX _____, e-mail: _____.

2.c) OTRO (EN CARÁCTER DE _____): CALLE _____, N° _____, PISO _____, DEPARTAMENTO, _____, LOCALIDAD, _____, PROVINCIA _____, PAIS _____, CÓDIGO POSTAL _____, TELÉFONOS _____, FAX _____, e-mail: _____.

3) ACTIVIDAD COMERCIAL LA FIRMA:

LA FIRMA ES (MARCAR CON UNA "x" LO QUE CORRESPONDA):

-FABRICANTE
-REPRESENTANTE
-REPRESENTANTE DE FIRMA EXTRANJERA CON DOMICILIO EN EL EXTERIOR
-DISTRIBUIDOR

Actividad principal de la firma: _____

Código de actividad AFIP: _____

Fecha de iniciación de actividades: _____

Actividad secundaria de la firma: _____

Código de actividad AFIP: _____

EN CASO DE VENTA DE INSUMOS MÉDICOS DETALLAR

-EQUIPAMIENTO MÉDICO
-EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO
-TEXTILES (GASA, ALGODÓN)
-DESCARTABLES (AGUJAS, JERINGAS, GUANTES, ETC)
-PRÓTESIS VASCULARES
-PRÓTESIS DE TRAUMATOLOGÍA
-PRÓTESIS DE NEUROCIRUGÍA
-PRÓTESIS CORONARIAS (STENT, VÁLVULAS, MARCAPASOS, CARDIODESFIBRILADORES, ETC)
-OTRAS PROTESIS / ENDOPROTESIS
-ORTESIS
-MEDICAMENTOS / ANESTÉSICOS / MEDIOS DE CONTRASTE
-INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO
-SOLUCIONES FISIOLÓGICAS
-PROVISIÓN DE OXÍGENO
-OTROS (DETALLAR).....
-
-

4) REFERENCIAS COMERCIALES - PRINCIPALES CLIENTES CON LOS QUE OPERA Y DESDE QUE FECHA

5) PRINCIPALES CONTRATOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS DOS (2) AÑOS O EN VIGENCIA CON ORGANISMOS OFICIALES O PRIVADOS

6) BANCO/S CON EL/LOS QUE OPERA

7) AUTORIZA AL HOSPITAL A DEPOSITAR EN CUENTA CORRIENTE

SI _____ NO _____

Nº DE CUENTA/S _____

CBU _____

AUTORIZA AL HOSPITAL A DEPOSITAR EN CAJA DE AHORRO

SI _____ NO _____

Nº DE CUENTA/S _____

CBU _____

**8) CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN SIPRO SI LA TUVIERE –
NUMERO – VIGENCIA**

**9) CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ
SI LA TUVIERE NÚMERO - VIGENCIA**

**10) CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN OTROS REGISTROS
PROVINCIALES / MUNICIPALES SI LA TUVIERE**

11) EN CASO DE CORRESPONDER:

**Nº DE CERTIFICADO DE HABILITACIÓN DE LA A.N.M.A.T
(ADJUNTAR COPIA AUTENTICADA DEL MISMO)**

**Nº DE CERTIFICADO DEL MINISTERIO DE SALUD (ADJUNTAR
COPIA AUTENTICADA DEL MISMO)**

**12) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (ADEMÁS DE LAS DETALLADAS EN
LOS PUNTOS ANTERIORES)**

12.1 Copia del contrato social actualizado

12.2 Copia de inscripción en el registro de sociedades que corresponda.

12.3 Copia del último Balance o manifestación de bienes con dictamen de auditor debidamente certificado.

12.4 Copia del poder notaria para actuar en caso de designación de apoderados.

12.5 Las copias antes mencionadas deberán estar certificadas por Escribano Público y por Colegio jurisdiccional que corresponda.

12.6 En caso de ser representante de firmas extranjeras con residencia en el exterior, copia legalizada del poder de representación concedido y constancia de su vigencia al momento de la inscripción extendida por Escribano Público.

12.7 Constancia de Inscripción en AFIP

12.8 Constancia de Inscripción en Ingresos Brutos

12.9 Información impositiva en relación con este organismo y con el impuesto al Valor Agregado (IVA). (Marcar con una "x" lo que corresponda: REALIZA Construcciones: SI ___ NO _____. REALIZA LOCACIONES DE OBRAS SI ___ NO _____. REALIZA PRESTACIONES DE SERVICIOS SI ___ NO _____. ALICUOTA DE LA ACTIVIDAD ____%.

12.10 Información impositiva en relación con este organismo y con el impuesto a las Ganancias. (Marcar con una "x" lo que no corresponda): REALIZA LOCACIONES DE OBRAS O SERVICIOS SI ___ NO _____. ES PROVEEDOR DE BIENES DE CAMBIO SI ___ NO _____. EJERCE SU PROFESIÓN, OFICIO, ALBACEA, MANDATARIO O GESTOR DE NEGOCIOS SI ___ NO _____.

Por la presente se deja constancia de conocer y aceptar las normas establecidas en el Reglamento de Contrataciones y las previstas en el Pliego de Bases y Condiciones Generales que rigen al Hospital de Alta Complejidad EL CALAFATE EN RED SAMIC. SEÑOR PROVEEDOR: la presente reviste carácter de declaración jurada. Cualquier modificación debe realizarse en nuestras instalaciones. De considerarlo necesario, el Hospital podrá solicitar información o documentación adicional para cada caso particular.

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

CARGO INVOCADO: _____

D.N.I.: _____

=====

A COMPLETAR POR EL HOSPITAL FECHA DE INGRESO: _____

RECEPCIONÓ: _____

=====



ANEXO III REGISTRO DE PROVEEDORES

RUBROS

- 1) CONFECCIÓN Y VENTA DE PRENDAS DE VESTIR Y CALZADO
- 2) VENTA DE INDUMENTARIA Y CALZADO
- 3) PRODUCCIÓN Y VENTA DE TEXTILES (GASA, ALGODÓN)
- 4) VENTA DE TEXTILES (GASA, ALGODÓN)
- 5) FABRICACIÓN Y VENTA DE DESCARTABLES
- 6) VENTA DE DESCARTABLES
- 7) FABRICACIÓN Y VENTA DE PROTESIS
- 8) VENTA DE PRÓTESIS
- 9) FABRICACIÓN Y VENTA DE ORTESIS
- 10) VENTA DE ORTESIS
- 11) ELABORACIÓN Y VENTA DE MEDICAMENTOS
- 12) VENTA DE MEDICAMENTOS
- 13) ELABORACIÓN Y VENTA DE COMPUESTOS QUÍMICOS
- 14) VENTA DE COMPUESTOS QUÍMICOS
- 15) ELABORACIÓN Y VENTA DE MEDIOS DE CONTRASTE
- 16) VENTA DE MEDIOS DE CONTRASTE
- 17) PRODUCCIÓN Y VENTA DE INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO
- 18) VENTA DE INSUMOS Y REACTIVOS DE LABORATORIO
- 19) PRODUCCIÓN Y VENTA DE INSUMOS DE HEMOTERAPIA
- 20) VENTA DE INSUMOS DE HEMOTERAPIA
- 21) PRODUCCIÓN Y VENTA DE INSUMOS DE ESTERILIZACIÓN
- 22) VENTA DE INSUMOS DE ESTERILIZACIÓN
- 23) VENTA DE INSUMOS DE LIBRERÍA Y PAPELERÍA
- 24) VENTA DE INSUMOS DE FERRETERÍA, CERRAJERÍA Y ELECTRICIDAD
- 25) VENTA DE INSUMOS Y EQUIPAMIENTO DE COMPUTACIÓN
- 26) VENTA DE INSUMOS DE PINTURERÍA Y AFINES
- 27) VENTA DE ARTICULOS DE LIMPIEZA EDILICIA
- 28) VENTA DE ARTICULOS DE HIGIENE PERSONAL
- 29) SERVICIO DE PROVISIÓN, MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS DE VÍAS DE COMUNICACIÓN
- 30) VENTA DE EQUIPAMIENTO DE OFICINA
- 31) VENTA DE EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO
- 32) VENTA DE EQUIPAMIENTO DE COCINA
- 33) VENTA DE EQUIPAMIENTO MÉDICO
- 34) VENTA DE REPUESTOS Y ACCESORIOS DEL AUTOMOTOR
- 35) SERVICIO DE RACIONAMIENTO EN COCIDO
- 36) SERVICIO DE VIGILANCIA
- 37) SERVICIO DE MANTENIMIENTO EDILICIO
- 38) SERVICIO DE LAVADERO CON/SIN PROVISIÓN DE ROPA
- 39) SERVICIO DE LIMPIEZA EDILICIA
- 40) SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE JARDINES Y PARQUIZACIÓN
- 41) SERVICIO DE PROVISION Y COLOCACIÓN DE VIDRIOS
- 42) MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DEL AUTOMOTOR
- 43) MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE ASCENSORES
- 44) MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO

HOSPITALARIO

45) MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPAMIENTO MÉDICO

46) MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EQUIPOS DE COMPUTACIÓN

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

CARGO INVOCADO: _____

D.N.I.: _____

=====

A COMPLETAR POR EL HOSPITAL FECHA DE INGRESO: _____

RECEPCIONÓ: _____

=====



ANEXO VI

FORMULARIO DECLARACIÓN JURADA DOMICILIO CORREO ELECTRÓNICO

Domicilio Electrónico de Notificaciones: _____

Declaro bajo juramento aceptar y recibir todo tipo de notificaciones a la casilla de correo electrónico que se denuncia "infra" respecto de Actos Administrativos, providencias y/o Dictámenes emitidos por el Área de Asuntos Legales, en el tratamiento de actuaciones relativas a la Inscripción en el Registro de Proveedores del Hospital.

Nombre o Razón Social:

CUIT:

Firma del Apoderado o Representante Legal autorizado:

E-Mail:

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____

CARGO INVOCADO: _____

D.N.I.: _____

=====

A COMPLETAR POR EL HOSPITAL FECHA DE INGRESO: _____

RECEPCIONÓ: _____

=====