

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

Formulario F2. Completar:

Apellidos:	
Nombres:	
Nacionalidad:	
Lugar y Fecha de Nacimiento:	
Tipo y nº de Documento:	
Profesión / Ocupación / Oficio:	
Estado Civil:	
Teléfono Celular:	

CUIT:					
Situación frente al IVA:	Exento	No Inscripto	Inscripto	Monotributo	
Ingresos Brutos:	Pcia. de Buenos Aires		Convenio Multilateral		
Nº	Exento		No Inscripto		
	Régimen Simplificado				
Domicilio real (Calle, nº, Piso, Dpto., Ciudad, Pcia., CP):					
Domicilio Comercial (Calle, nº, Piso, Dpto., Ciudad, Pcia., CP):					
Otros Teléfonos:					
<p>Bajo los términos del art. 19º inc. d) del Reglamento de Compras y Contrataciones del HDRF que en su parte pertinente dice: "...los proveedores deberán constituir una dirección de correo electrónico única y exclusiva, donde serán válidas todas las notificaciones y/o comunicaciones que el HDRF le remitiere desde la dirección de correo electrónico compras@hospitalfavaloro.org obligándose a consultarlo periódicamente y emitir el correspondiente "Acuse de recibo"..."</p>					
CORREO ELECTRÓNICO CONSTITUÍDO:					

Rafael Castillo,/...../.....

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

TIPO DE BIENES OFRECIDOS			TIPO DE OBRAS INSTALACIONES OFRECIDAS	
AREA	RUBRO			
FARMACIA	.	Medicamentos/Drogas	Obras Civiles / Edilicias	
	D	Material Sanitario Descartable	Termomecánicas	
ESTERILIZACION	Z	Materiales Esterilización	Eléctricas	
LABORATORIO	K	Reactivos Laboratorio	Electromecánicas	
	V	Materiales Laboratorio	Tecnología Informática	
HEMOTERAPIA	N	Materiales Hemoterapia	Tecnología Médica	
	P	Reactivos Hemoterapia	OTRAS	
CENTRO QUIRURGICO	I	Instrumental Quirúrgico		
	Q	Insumos Centro Quirúrgico		
ALIMENTACION	A	Formulas/Módulos Alimentación Enteral		
	Y	Materiales Alimentación		
TECNOLOGIA MEDICA	S	Repuestos/Accesorios		
	0	Equipos Médicos		
	1	Insumos		
	7	Herramientas Tecnología Médica		
MANTENIMIENTO	-	Muebles y Equipamiento Oficina		
	/	Máquinas y Equipos		
	;	Equipamiento Asistencial		
	H	Insumos Termomecánica		
	J	Insumos Mantenimiento		
	W	Oxígeno y Fluidos		
	2	Repuestos/Accesorios Electro		
	3	Repuestos/Accesorios Mantenimiento		
	5	Herramientas		
	9	Artículos Seguridad e Higiene		
	B	Insumos Sanitarios/Gas/Incendio		
	E	Insumos Edilicios/Parques		
T	Ferretería			
SERVICIOS GENERALES	C	Insumos de Computación		
	F	Impresos/Formularios		
	L	Artículos de Limpieza		
	M	Artículos de Librería		
	R	Ropería		
	8	Combustibles y Lubricantes		
INFORMÁTICA	#	Software		
	*	Equipos Informáticos		
	U	Repuestos/Accesorios		
OTROS				

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS
INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES Y PRESTADORES DE SERVICIOS PERSONALES

I ESTUDIOS:

-TÍTULO GRADO:	AÑO GRADUACIÓN:
-UNIVERSIDAD:	
-TÍTULO DE POSGRADO:	AÑO GRADUACIÓN:
-UNIVERSIDAD:	
-TÍTULO DE POSGRADO:	AÑO GRADUACIÓN:
-UNIVERSIDAD:	
-TÍTULO SUPERIOR UNIVERSITARIO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	UNIVERSIDAD:
-TÍTULO SUPERIOR NO UNIVERSITARIO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	ESTABLECIMIENTO:
-TÍTULO TÉCNICO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	ESTABLECIMIENTO:
-TÍTULO SECUNDARIO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	ESTABLECIMIENTO:

I MATRÍCULA PROFESIONAL/HABILITACIÓN OFICIO.

-COLEGIO PROFESIONAL/ORGANISMO:	
-MATRÍCULA:	JURISDICCIÓN:
-VIGENCIA:	
-SANCIONES DISCIPLINARIAS:	

I SITUACIÓN FISCAL/PATRIMONIAL/SEGURO.

-C.U.I.T. N°		
-SITUACIÓN FRENTE AL IVA:		
-IMP. INGRESOS BRUTOS/CONVENIO MULTILATERAL:		
-CONCURSADO/QUEBRADO:		
-POSEE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES:	SI	NO
-COMPAÑÍA ASEGURADORA:		
-PÓLIZA N°	VIGENCIA:	

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

I ANTECEDENTES PROFESIONALES Y LABORALES DESTACADOS.

-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:

Rafael Castillo,

.....
 Firma, aclaración y DNI

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

DECLARACIÓN JURADA

DECLARO BAJO JURAMENTO, en mi carácter de titular, representante legal de la empresa/sociedad/consorcio/UTE, que el suscripto, la/s persona/s jurídica/s ni ninguno de los miembros que integran sus órganos de administración y fiscalización se encuentran comprendidos en alguno de los supuestos del art. 8 del Reglamento de Compras y Contrataciones del Hospital, los que se transcriben a continuación:

“Artículo 8.- Personas no habilitadas para contratar. No podrán presentarse en los procedimientos de selección:

- a) los que no puedan ejercer el comercio de acuerdo a la legislación vigente;
- b) las sociedades cuyos directores, representantes, socios, síndicos, o gerentes registraren condena firme por la comisión de delitos penales económicos y/o contra la Administración Pública y/o por Régimen de Responsabilidad Penal aplicable a las Personas Jurídicas Privadas (Ley 27.401). En todos los casos hasta 10 (diez) años de cumplida la condena;
- c) las sociedades integradas por personas humanas y/o jurídicas cuyos miembros del Directorio, Consejo de Vigilancia, Síndicos, Gerentes, Socios, Representantes o apoderados sean agentes y/o funcionarios de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal, o estén comprendidas dentro del enunciado del inc. B del presente artículo;
- d) las personas humanas o jurídicas que se encontraren suspendidas o inhabilitadas en el registro de proveedores del HDRF, mientras dure dicha sanción;
- e) las personas jurídicas e, individualmente sus socios o miembros del directorio, según el caso, que hayan sido sancionados con suspensión o inhabilitación por parte de alguno de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, municipal, provincial o nacional, los órganos creados por la Nación, o la Provincia de Buenos Aires o Municipios de cualquier provincia o las empresas y sociedades del estado municipal, provincial, o nacional, mientras dichas sanciones sigan vigentes;
- f) las personas humanas que hayan sido sancionadas con suspensión o inhabilitación por parte de alguno de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, municipal, provincial o nacional, los órganos creados por la Nación, o la Provincia de Buenos Aires o Municipios de cualquier provincia o las empresas y sociedades del estado municipal, provincial, o nacional, mientras dichas sanciones sigan vigentes;
- g) las personas humanas o jurídicas en estado de quiebra o liquidación;
- h) los evasores en el orden nacional y local y los deudores morosos previsionales y alimentarios declarados tales por autoridad competente;
- i) las personas humanas y los miembros del Directorio, Consejo de Vigilancia, Síndicos, Gerentes, Socios, Representantes o apoderados de sociedades que tengan parentesco hasta dentro del cuarto grado de consanguinidad, o segundo de afinidad con funcionarios del HDRF que tengan la facultad de decidir sobre el proceso de selección del oferente.”.

Rafael Castillo, ___/___/____.-

.....
Firma, aclaración, DNI, cargo

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

DECLARACIÓN DE DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO
ACEPTACIÓN DE COMUNICACIONES

DECLARO BAJO JURAMENTO, en mi carácter de titular, representante legal de la empresa/sociedad/consorcio/UTElas direcciones de correo electrónico:

.....
.....
.....

ACEPTO formalmente como válidas, a todos los efectos legales y particularmente en los términos del art. 19) inc. d) del Reglamento de Compras y Contrataciones del HDRF, las comunicaciones por parte del Hospital durante las 24 horas de lunes a domingos, a las direcciones de correo electrónico declaradas, así como también reconoceré el mismo carácter auténtico a los correos electrónicos enviados por esta firma y recibidos por ese Ente.

Rafael Castillo, _____/_____/_____.-

.....
Firma, aclaración, DNI, cargo

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

CLIENTES DEL PROVEEDOR

Razón social o Nombre del cliente	
CUIT	
Mail o teléfono de contacto	
Sector Público o Privado	
Año o Período de facturación	
Monto facturado	

Razón social o Nombre del cliente	
CUIT	
Mail o teléfono de contacto	
Sector Público o Privado	
Año o Período de facturación	
Monto facturado	

Razón social o Nombre del cliente	
CUIT	
Mail o teléfono de contacto	
Sector Público o Privado	
Año o Período de facturación	
Monto facturado	

Rafael Castillo, _____ / ____ / ____.-

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

**AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN DE PAGOS DEL HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO SAMIC
EN CUENTA BANCARIA**

Rafael Castillo, de de 20 (1)

REGISTRO DE PROVEEDORES
DEL HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO S.A.M.I.C.

El (los) que suscribe(n).....(2), en mi (nuestro) carácter de.....(3), de.....(4), CUIT/CUIL/CDI N°(5), autoriza (mos) a que todo pago que deba realizar el **HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO SAMIC**, en cancelación de deudas a mi (nuestro) favor por cualquier concepto, sea efectuado en la cuenta bancaria que a continuación se detalla:

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	
NÚMERO DE CUENTA (6)	
TIPO: CORRIENTE/DE AHORRO- CÓDIGO (7)	
CBU DE LA CUENTA (8)	
C.U.I.T./CUIL/CDI CUENTA CORRIENTE / DE AHORRO (8)	
TITULARIDAD	
DENOMINACIÓN	
BANCO	
SUCURSAL	/N°
DOMICILIO	

La orden de transferencia de fondos a la cuenta arriba indicada, efectuada por el **HOSPITAL DR. RENÉ FAVALORO SAMIC** dentro de los términos contractuales, extinguirá la obligación del deudor por todo concepto, teniendo validez todos los depósitos que allí se efectúen hasta tanto, cualquier cambio que opere en la misma, no sea notificado fehacientemente al Registro de Proveedores del Hospital.

El beneficiario exime al HOSPITAL de cualquier obligación derivada de la eventual mora que pudiera producirse como consecuencia de modificaciones sobre la cuenta bancaria.

Certificación bancaria del cuadro de datos de la cuenta y firma (s) del (de los) titular (es) (9)

(1) Lugar y fecha de emisión// (2)Apellido y Nombre del (de los) que autoriza (n) el depósito// (3)Carácter por el cual firma (n) (presidente, socio, propietario, etc)// (4)Razón Social/Denominación// (5)Número de C.U.I.T.o en su defecto CUIL o CDI // (6)Número de cuenta completo conforme la estructura de cuentas bancaria que opera la entidad financiera //(7)Tachar lo que no corresponda. Deberá indicarse el número que identifica al tipo de cuenta (8) El CUIT, CUIL o CDI informado en (5) debe coincidir con el CUIT, CUIL o CDI de la CBU de la cuenta// (9) Firma y aclaración del beneficiario.

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS HUMANAS

Deberá suministrar la siguiente información, según corresponda:

1. D.N.I. (original y copia).
2. Título habilitante para desempeñar el cargo (original y copia).
3. Matrícula Profesional vigente para el ejercicio de la actividad en la Provincia de Buenos Aires o jurisdicción nacional (original y copia).
4. Currículum vitae.
5. Póliza de seguro de vida con vigencia durante el período de la contratación.
5. DECLARACIÓN JURADA de no inhabilidad para contratar.
6. Inscripciones en AFIP e Ingresos Brutos o Convenio Multilateral.
7. Habilitaciones administrativas nacionales, provinciales, municipales y/o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
8. Formulario “Autorización de Pagos” con certificación bancaria del cuadro de datos de la cuenta y firma (s) del (de los) titular (es).

Declaro bajo juramento que la información enunciada precedentemente, así como la contenida en la documentación que adjunto –de acuerdo al Anexo I del Reglamento del Registro de Proveedores-, que se acompaña en fojas-, es exacta y verdadera. Tomo conocimiento que ante toda falsedad u omisión en la información suministrada o en la documentación presentada, quedará sujeto a la aplicación de las normativas legales y reglamentarias vigentes.

Rafael Castillo, ____/____/_____-

.....
Firma, aclaración, DNI, cargo