

**REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS**

**Formulario F1. Completar:**

RAZÓN SOCIAL:  Lugar y fecha de constitución:  Lugar, fecha, organismo y número de inscripción:					
<b>RUBRO COMERCIAL</b> (Indicar tipo de Bienes u Obras que ofrece según listado adjunto o los Servicios que presta)  Bienes: Obras: Servicios:					
CUIT:					
Situación frente al IVA:		Exento	No Inscripto	Inscripto	Monotributo
Ingresos Brutos:		Pcia. De Buenos Aires		Convenio Multilateral	
N°	Exento		No Inscripto		
	Régimen Simplificado				
Domicilio social inscripto:					
Domicilio Comercial:					
Teléfonos:					
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 <a href="mailto:compras@hospitalfavaloro.org">compras@hospitalfavaloro.org</a> obligándose a consultarlo periódicamente y emitir el correspondiente "Acuse de recibo"..."					
CORREO ELECTRÓNICO CONSTITUÍDO: .....					

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

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo

## REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

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	<b>OTRAS</b>	
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		
<b>OTROS</b>				

**REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS**

**Formulario F2: Completar un formulario para cada uno de los integrantes de sus Organismos de Administración y Fiscalización:**

**Apellido y Nombres:**

--

**Cargo/Función:**

--

**Fecha de Inicio y Finalización del Mandato:**

--	--

**CUIT / CUIL:**

--

**Domicilio particular:**

--

**Teléfonos / Fax:**

--	--

**Correo electrónico:**

--

**Apellido y Nombres del cónyuge:**

--

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

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo

## REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

### 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 JURÍDICAS**

**DECLARACIÓN DE DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO**  
**ACEPTACIÓN DE COMUNICACIONES**

DECLARO BAJO JURAMENTO, en mi carácter de titular, representante legal de la empresa/sociedad/consorcio/UTE .....las 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 JURÍDICAS**

**COMPOSICIÓN DEL CAPITAL SOCIAL**

Declaro/Declaramos bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y expresión de verdad. Los mismos han sido confeccionados exclusivamente por la sociedad en base a su información y registros, asumiendo plena y total responsabilidad en relación a la veracidad, exactitud y actualización de los datos declarados.

Nombre y Apellido / Razón Social	DNI / CUIT	Porcentaje de participación en el capital social

**COMPOSICIÓN DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

Nombre y Apellido	DNI	Cargo	Vencimiento del cargo

Rafael Castillo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.-

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo

**REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS**

**Datos del último Balance (en Pesos)**

<b>Fecha de cierre de ejercicio:</b>	
<b>Número de ejercicio:</b>	
<b>Total Activo Corriente:</b>	
<b>Total Activo No Corriente:</b>	
<b>Total Pasivo Corriente:</b>	
<b>Total Pasivo No Corriente:</b>	
<b>Total Patrimonio Neto:</b>	
<b>Total Ventas:</b>	
<b>Total Resultado Ejercicio:</b>	

**Datos del/a Contador/a firmante:**

**Apellido y Nombres:**

**Matrícula Profesional:**

**Datos de la Certificación:**

**Autoridad certificante:**

**Número de la certificación / legalización:**

Rafael Castillo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.-

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo

**REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS  
 CLIENTES DEL PROVEEDOR**

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

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

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

Rafael Castillo, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.-

.....  
 Firma, aclaración, DNI, cargo

**REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS**

**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:

<b>DATOS DE LA CUENTA BANCARIA</b>	
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 JURÍDICAS

### Deberá suministrar la siguiente información:

1. Información acerca de empresas vinculadas:  
Deberá informar las empresas vinculadas y/o la integración de grupos económicos, en cuyo caso, deberá identificar todas las personas humanas y jurídicas que lo conforman, denunciando los datos según corresponda.
2. DECLARACIÓN JURADA de no inhabilidad para contratar.
3. Estatuto social, actas de asamblea y directorio, y poderes otorgados (copia simple con certificación en original realizada por escribano público).
4. Estado contable con certificación del Consejo Profesional de Ciencias Económicas (copia simple del último ejercicio anual).
5. Inscripciones en AFIP e Ingresos Brutos o Convenio Multilateral.
6. Representaciones de empresas extranjeras, indicando carácter exclusivo o no exclusivo y período de la representación, acompañando copia del documento que acredite su condición, traducida por Traductor Público en caso de estar confeccionado en otro idioma que no sea el español y debidamente certificado por Escribano Público.
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, quedaré sujeto a la aplicación de las normativas legales y reglamentarias vigentes.

Rafael Castillo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-.

.....  
Firma, aclaración, DNI, cargo