



CUESTIONARIO PARA PROVEEDORES

(Confidencial)

Nota: Los Términos de Pago Estándar de CARE son de 30 días a partir de la recepción de bienes o servicios y de la factura aprobada por CARE.

I. INFORMACIÓN SOLICITADA (Escribir en letra clara)

Nombre de Contacto en CARE:			
Nombre de la Empresa/Persona:			
Nombre del propietario (Si es diferente al indicado anteriormente):		Nacionalidad del propietario:	
Persona de Contacto:			
Dirección Completa (Calle/Ciudad, etc.):			
No. de teléfono:		Fax No:	
E-mail:		Website:	

II. REFERENCIAS DE CLIENTES:

Proporcione 3 referencias actuales de clientes, cartera de clientes, número de teléfono, persona de contacto, correo electrónico del contacto y una descripción de los productos o servicios ofrecidos a los clientes. (Si necesita espacio adicional, use una hoja adicional).

1	Nombre de la Empresa/Negocio			
	Nombre de la persona de contacto		Cargo	
	E-mail:		Teléfono:	
	Tipo de productos/servicios proporcionados a los clientes			
2	Nombre de la Empresa/Negocio			
	Nombre de la persona de contacto		Cargo	
	E-mail:		Teléfono:	
	Tipo de productos/servicios proporcionados a los clientes			
3	Nombre de la Empresa/Negocio			
	Nombre de la persona de contacto		Cargo	
	E-mail:		Teléfono:	
	Tipo de productos/servicios proporcionados a los clientes			

III. Indique a continuación los productos o servicios vendidos o proporcionados por usted

[a]	[b]
[c]	[d]
[e]	[f]
[g]	[h]

IV. Registro Empresarial

1. ¿Está su empresa registrada como entidad comercial con el gobierno?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. En caso afirmativo, proporcione su número de registro comercial		
3. Si se aplica, proporcione el número de registro de impuestos sobre ventas		
4. Proporcione el número de identificación de contribuyente		
5. Indique cuánto tiempo ha estado en este rubro de negocios		
6. ¿Alguna vez ha hecho negocios con otras agencias de cooperación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene Ud. alguna relación con alguna persona que trabaja actualmente en CARE?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8. En caso AFIRMATIVO, favor indicar su nombre y cargo		
9. Indique aquí cualquier información adicional relacionada con su actividad comercial		
NOTA: Las regulaciones gubernamentales pueden exigir que CARE actúe como agente de retención de impuestos en cualquier transacción antes de efectuar el pago al proveedor		

V. Certificación

<p>Certifico a mi leal saber y entender, que la información proporcionada es veraz y completa y que no se han producido cambios significativos en la empresa que afecten cualquiera de las declaraciones anteriores.</p> <p>CERTIFICACIÓN RELATIVA AL TERRORISMO: Por la presente el Proveedor certifica que no ha proporcionado ni tampoco proporcionará apoyo o recursos materiales a ningún individuo u organización de los que sepa o tenga razones para sospechar que son personas o empresas que apoyan, planean, o han participado en actos de terrorismo.</p> <p>Cualquier falsedad en la información proporcionada, puede resultar en la cancelación y suspensión de todos los vínculos con la agencia / persona, las cuales serán eliminadas de la base de datos de clientes de CARE. Afirmo haber leído la declaración anterior y certifico bajo juramento que la información contenida aquí es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.</p>		
Nombre de la persona que llena el formulario (Favor escribir con letra clara)		
Cargo:	Firma:	Fecha:

SOLO PARA USO DE LA UNIDAD DE COMPRAS

<input type="checkbox"/> Verificación anti-terrorista completada <input type="checkbox"/> Referencias del cliente verificadas
--