

REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

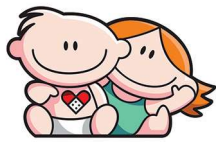
Formulario F1. Completar:

RAZÓN SOCIAL:					
RUBRO COMERCIAL (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:		Ciudad de Buenos Aires		Convenio Multilateral	
N°		Exento		No Inscripto	
		Régimen Simplificado			
Domicilio Comercial:					
Teléfonos:					
Correos electrónicos:					

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ___ / ___ / ____.-

.....

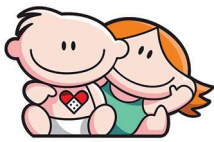
Firma, aclaración, DNI, cargo



REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

TIPO DE BIENES OFRECIDOS		
AREA	RUBRO	
FARMACIA	.	Medicamentos/Drogas
	D	Material Sanitario Descartable
ESTERILIZACION	Z	Materiales Esterilización
LABORATORIO	K	Reactivos Laboratorio
	V	Materiales Laboratorio
HEMOTERAPIA	N	Materiales Hemoterapia
	P	Reactivos Hemoterapia
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
	/	Maquinas y Equipos
	;	Equipamiento Asistencial
	H	Insumos Termomecánica
	J	Insumos Mantenimiento
	W	Oxigeno 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		

TIPO DE OBRAS INSTALACIONES OFRECIDAS	
Obras Civiles / Edilicias	
Termomecánicas	
Eléctricas	
Electromecánicas	
Tecnología Informática	
Tecnología Médica	
OTRAS	



REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

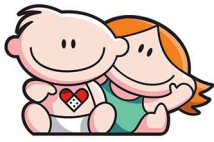
Formulario F2: Completar un formulario para cada uno de los integrantes de sus Organismos de Administración y Fiscalización:

APELLIDO/S:
NOMBRE/S:
FUNCIÓN:
VENCIMIENTO MANDATO: ___ / ___ / ____.-

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ___ / ___ / ____.-

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo



REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

DECLARACIÓN JURADA

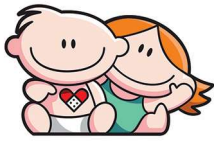
DECLARAMOS BAJO JURAMENTO, en mi carácter de titular, representante legal de la empresa/sociedad/consorcio/UTE..... , que el suscripto, la/s persona/s jurídica/s ni ninguno de los miembros que integran sus órganos de administración y fiscalización se encuentran comprendidos en alguno de los siguientes supuestos:

1. Encontrarse suspendido o inhabilitado en algún registro de proveedores del ámbito nacional, provincial, municipal y/o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
2. Ser agente y/o funcionario del Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, del Estado Nacional y/o del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y de sus respectivos entes descentralizados.
3. Fallidos, concursados o interdictados.
4. Condenados por delitos dolosos.
5. Procesados por delitos contra la propiedad o contra la Administración Pública Nacional o de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o contra la fé pública o por delitos comprendidos en la Convención Interamericana contra la Corrupción (Ley 24.759).
6. Deudores del Fisco por obligaciones tributarias, previsionales, sociales, conforme lo establecido por la Administración Federal de Ingresos Públicos.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ___ / ___ / ____.-

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo



REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

DECLARACIÓN DE DIRECCIONES DE CORREO ELECTRÓNICO ACEPTACIÓN DE COMUNICACIONES

DECLARAMOS BAJO JURAMENTO, en mi carácter de titular, representante legal de la empresa/sociedad/consorcio/UTE.....las direcciones de correo electrónico:

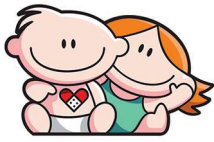
.....
.....
.....

ACEPTAMOS formalmente como válidas a todos los efectos legales 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 recepcionados por ese Ente.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ___ / ___ / ____.-

.....

Firma, aclaración, DNI, cargo



REGISTRO DE PROVEEDORES - INSCRIPCIÓN DE PERSONAS JURÍDICAS

AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN DE PAGOS DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC Prof. Juan P. Garrahan EN CUENTA BANCARIA

Bs. As, de de 20 (1)

REGISTRO DE PROVEEDORES
DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

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 DE PEDIATRÍA SAMIC Prof. Juan P. Garrahan**, en cancelación de deudas a mi (nuestro) favor por cualquier concepto, sea efectuado en la cuenta bancaria que a continuación se detalla:

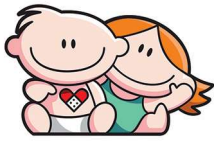
DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	
NÚMERO DE CUENTA (6)	
TIPO: CORRIENTE/DE AHORRO- CÓDIGO (7)	
CBU DE LA CUENTA (8)	
C.U.I.T./CUIL/CDI CUENTA CORRIENTE / DE AHORRO (8)	
TITULARIDAD	
DENOMINACIÓN	
BANCO	
SUCURSAL	/N°
DOMICILIO	

La orden de transferencia de fondos a la cuenta arriba indicada, efectuada por el **HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC Prof. Juan P. Garrahan** 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 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 -constante de..... fojas-, son exactas y verdaderas. 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.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ___ / ___ / ____.-

.....
Firma, aclaración, DNI, cargo