

POLICLINICA TÁCHIRA HOSPITALIZACIÓN C.A		RIF:J-30134248-8	
PORCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE GESTIÓN DE PROVEEDORES			
Revisión No:	Fecha de Vigencia:	No de Identificación:	Página:
0	jun-19	FOR-IPR-08	1 de 1
INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR			
A.- DATOS DE LA EMPRESA			
A.1 Información General			
1.- Razón Social:			
2.- Dirección:			
	3.- RIF:	4.- NIT:	
5.- Ciudad:	6.- Estado:	7.- País:	
8.- Teléfono(s):	9.- Fax:		
9.- Email:			
A.2 Sucursales:			
1.- Dirección:			
2.- Ciudad:	3.- Estado:	4.- País:	
5.- Teléfono(s):	6.- Fax:		
7.- Email:			
8.- Dirección:			
9.- Ciudad:	10.- Estado:	11.- País:	
12.- Teléfono(s):	13.- Fax:		
14.- Email:			
A.3 Representante(s) Legal(es):			
1.- Nombre y Apellido:	2.- C.I:	3.- Nacionalidad:	4.- Cargo
B.- PRODUCTOS Y SERVICIOS			
1.- Productos:			
Relacione:			
1.1 Si es fabricante. ¿ Cuales son las actividades de control de calidad que realiza en el Proceso de fabricación del producto?			
1.2 Si no es fabricante: ¿ Cuales son sus actividades de control para la distribución y comercialización, bajo las cuales garantiza sus productos?			
1.3 Sistema de Gestión de la Calidad:			
1.3.1 Posee alguna certificación de Calidad: ¿Cuál?			
1.3.2 En proceso de implantación: ¿Cuál?			
1.3.3 No posee ninguna:			
2.- Tiempos de Entrega. Marque con una X		Observaciones	
2.1 Inmediato			
2.2 Menor a 8 Días			
2.3 Entre 8 y 14 Días			
3.- Condiciones de Pago. Marque con una X			
3.1 Pronto Pago		Descuento del _____ %	
3.2 Crédito menor a 8 días			
3.3 De contado			
Información suministrada por:			
Nombre		Firma y Sello	