

# FORMULARIO DE REGISTRO DE PROVEEDORES



Apertura:   
Actualización:

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

## A. Tipo de entidad

Estructura Orgánica  
Persona Natural  Persona Jurídica

## B. Sector / Actividad

Consultoría  Proveedor de servicios de Salud   
Distribución / Ventas  Honorarios Profesionales   
Productor  Transporte   
Proveedor de servicios  Otros   
Si seleccionó otros por favor explique \_\_\_\_\_

## C. Información General

Razón Social / Nombre completo \_\_\_\_\_  
Nombre Comercial (\*) \_\_\_\_\_  
Número de RUC / CI / NIT / RIF / Taxes Code \_\_\_\_\_  
País de origen (\*\*) \_\_\_\_\_  
País de residencia (\*\*) \_\_\_\_\_  
Ciudad / Provincia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono / Fax \_\_\_\_\_

## D. Información del Representante Legal (\*)

Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Número de Cédula \_\_\_\_\_  
Cargo \_\_\_\_\_  
Fecha de posesión \_\_\_\_\_

## E. Información del Contrato Comercial para recepción de Órdenes de Compra (\*)

Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
Número de Cédula \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Ciudad de ubicación del Banco beneficiario (\*\*) \_\_\_\_\_  
Código ABA/ SWIFT/Chips del Banco intermediario (\*\*) \_\_\_\_\_  
País de ubicación del Banco del Banco intermediario (\*\*) \_\_\_\_\_  
Ciudad de ubicación del Banco del Banco intermediario (\*\*) \_\_\_\_\_

## F. Información Bancaria

Nombre del Banco Beneficiario \_\_\_\_\_  
Número de Cuenta \_\_\_\_\_  
Tipo de Cuenta: Ahorros  Corriente   
Código ABA / SWIFT / Chips (\*\*) \_\_\_\_\_  
País de ubicación del Banco beneficiario (\*\*) \_\_\_\_\_

## Declaración de vinculación con la Universidad de Las Americas

¿Es o ha sido funcionario o docente a tiempo completo o parcial de la Universidad de Las Americas? Si  No   
De ser afirmativa la respuesta a la pregunta anterior por favor indicar el cargo y fechas en que inició y termino sus funciones.

Cargo \_\_\_\_\_  
Fecha de inicio y fin \_\_\_\_\_

¿Tiene algún familiar el representante legal o el contacto comercial, actualmente trabaje en la Universidad de Las Américas? Aplica hasta el segundo grado de afinidad (padres, hijos, abuelos y hermanos del conyuge) y tercero de consanguinidad? (padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, tíos y sobrinos). Si  No

De ser afirmativa la respuesta a la pregunta anterior por favor indicar el nombre y cargo.

Nombre: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

- a. Certifico que la información aquí detallada resulta veraz y exacta.  
En consecuencia, en caso de que la información careciere de veracidad y/o resultare inexacta me obligo a mantener indemne a UDLA, sin perjuicio de mi descalificación como proveedor.  
b. El presente documento puede ser utilizado por la UDLA según su mejor criterio.  
c. Conozco y acepto los lineamientos de UDLA sobre prevención de conflicto de intereses así como su Código de Conducta y Ética.  
d. Conozco y acepto que UDLA podrá a llevar a cabo cualquier constatación sobre la información constante en el presente formulario.  
e. Acepto que cualquier obligación de pago por parte de UDLA se entenderá cancelada mediante el (los) depósito (s) o transferencia (s) realizado a la cuenta bancaria señalada en el presente formulario

Firma del representante legal

(\*) Aplica únicamente para las personas jurídicas  
(\*\*) Aplica únicamente para personas naturales o jurídicas extranjeras