

CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

DATOS DEL PROVEEDOR			
Razón Social:			
R.U.C. / No. de Cédula:			
Representante Legal:			
Dirección:			
Ciudad /Cantón:		País:	
Teléfono 1:		Fax:	
Teléfono 2:		Web:	
Teléfono 3:		Correo:	
Productos/servicios suministraría:			
Otros productos principales ofrece:			
Monto de crédito:		Días de crédito:	
Información para el pago mediante transferencias:			
Entidad bancaria:		Tipo de cuenta:	
N° de cuenta:		Email de notificación:	
Datos de la persona asignada por la empresa para contacto:			
	CONTACTO 1	CONTACTO 2	
Nombre:			
Cargo			
Teléfono:			
Dirección electrónica:			

CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

INFORMACIÓN GENERAL			
Actividad principal de la empresa: (Según está indicado en el R.U.C.)			
Actividades adicionales:			
Año inicio operaciones:		Total de empleados:	
Horarios de atención:		Horarios de despacho:	
Tipo de empresa:	<input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Distribuidor <input type="checkbox"/> Fabricante y distribuidor <input type="checkbox"/> Distribuidor exclusivo <input type="checkbox"/> Prestadora de servicios	Instalaciones:	<input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Oficinas <input type="checkbox"/> Almacén <input type="checkbox"/> Bodega <input type="checkbox"/> Laboratorios <input type="checkbox"/> Otros
Subcontrata algún servicio: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indique nombre de empresa y que servicios			
Maquinarias y herramientas: (si falta espacio adjuntar lista)			
Equipos de medición:			
Principales clientes:	Nombre	Contacto	Teléfono
Pertenece a un grupo de empresas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicar los nombres y direcciones	Nombre	Dirección	
Tiene sucursales: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicar los teléfonos y direcciones:			

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO/SERVICIO
--

CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS Y SERVICIOS

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO/SERVICIO					
Productos o servicios que suministra:					
PRODUCTO	MARCAS	ANTIGÜEDAD	SELLOS DE CALIDAD	SUSTITUTO DEL PRODUCTO	CAPACIDAD STOCK/ ATENCIÓN DE OT
TIPO DE SERVICIO			CAPACIDAD DE ATENCIÓN DE OT		
* Indique hace cuántos años su empresa fabrica o distribuye este producto o presta este servicio.					
Liste los proveedores de las materias primas, indicando en cada uno el tipo y origen de estas:					
PROVEEDOR	MATERIA PRIMA	LUGAR DE ORIGEN			
Cuenta con certificado de calidad o acreditación:					
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indicar el alcance					
Ente certificador:				Fecha de otorgamiento:	
¿Aceptaría que un auditor de nuestra empresa visite las instalaciones?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene control de proveedores o subcontratistas?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuenta con un control de calibración de equipos de medición?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Acepta devoluciones o re-procesos de servicio?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuenta con registro de quejas y reclamos de clientes?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Indicar el procedimiento de manera general: _____					

**CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE PROVEEDORES
DE PRODUCTOS Y SERVICIOS**

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO/SERVICIO	
¿Realiza evaluaciones de satisfacción al cliente? Cada cuanto: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cuenta con pólizas de seguro? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Indique cuales y los montos:	
ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE COMPRAS	
Fecha de recepción:	

Nota: Algunas preguntas puede no tener alcance a todos los proveedores, por favor indicar con "N/A" las que no aplican.