

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:		Web:	
Teléfono 2:		Correo:	
Monto de crédito:		Días de crédito:	
Información para el pago mediante transferencias:			
Entidad bancaria:		Tipo de cuenta:	
N° de cuenta:		Email:	
Datos de la persona asignada por la empresa para contacto:			
	CONTACTO 1	CONTACTO 2	
Nombre:			
Cargo:			
Teléfono:			
Dirección electrónica:			

INFORMACIÓN GENERAL			
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 subcontrata			
Maquinarias y herramientas disponibles: (si falta espacio adjuntar lista)			
Equipos de medición:			
Principales clientes:	Nombre de la empresa	Contacto	Teléfono

CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE PROVEEDORES DE PRODUCTOS Y SERVICIOS



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

Principales productos o servicios que suministra:

PRODUCTO/SERVICIO	MARCAS	ANTIGÜEDAD (*)	SELLOS O CERTIFICADOS DE CALIDAD	SUSTITUTO DEL PRODUCTO Y MARCA	CAPACIDAD STOCK

(*) Indique hace cuántos años su empresa fabrica o distribuye este producto o presta este servicio.

¿Aceptaría que un auditor de nuestra empresa visite las instalaciones?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Cuenta con un control de calibración de equipos de medición?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Acepta devoluciones o re-procesos de productos o servicios?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Indique el canal para recibir quejas y reclamos de clientes	
¿Maneja recursos públicos?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

La actividad, profesión u oficio de la compañía es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Ecuatoriano.

Origen de Fondos

La Compañía cuenta con un Sistema de Prevención LA/FT (Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo)

SI NO

En caso de que la respuesta sea afirmativa favor adjuntar a la documentación certificación del Oficial de Cumplimiento o Revisor Fiscal donde conste que se cuenta con un Manual de Prevención y ejercen controles para la mitigación del Riesgo.

Firma de Representante Legal