

Original – Negociado de Intervenciones
 1^{ra} Copia – Suplidor
 2^{da} Copia – Agencia

Agencia

REGISTRO DE SUPLIDORES

Nuevo Modificado

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO		Código de Disposición	Sector Económico
Fecha	Código de Suplidor		
Nombre (en caso de individuo indique el nombre y ambos apellidos)			
Nombre: _____			
Nombre Corto (hasta 10 caracteres): _____			
Dirección			
Principal: _____			
Ciudad: _____		País: _____ Código Postal: _____	
Teléfono: _____		Fax: _____	
Correo Electrónico: _____			
Si la Factura o Remitente coincide con la dirección principal, sólo marque el encasillado			
<input type="checkbox"/> ORDENAR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____ Código Postal: _____	
<input type="checkbox"/> FACTURAR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____ Código Postal: _____	
<input type="checkbox"/> REMITIR A :	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____ Código Postal: _____	
*Para Pagos Alternos de: <input type="checkbox"/> Cesiones de Crédito <input type="checkbox"/> OPE <input type="checkbox"/> Otra:			
Nombre Alterno 1: _____			
Nombre Alterno 2: _____			
Comentarios			
Clasificación:		Tipo de Suplidor:	
<input type="checkbox"/> Suplidor <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/> OPE(SDO)	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Regular		
Método de Despacho Deseado Para la Orden de Compra:			
<input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> EDI			
Método de Pago Deseado:			
<input type="checkbox"/> Retención de Pago <input type="checkbox"/> Preparar Pagos Separados <input type="checkbox"/> Pago con Descuento	<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Plan de Pago	<input type="checkbox"/> EFT <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica	<input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Otro:
Para Uso de la Agencia		Para Uso del Suplidor	
Certifico que la información suministrada es correcta.		Certifico que la información suministrada es correcta.	
Fecha _____	Nombre y Firma Jefe, Agencia o Rep. Aut. _____	Teléfono _____	
		Fecha _____	Nombre y Firma del Suplidor _____
			Teléfono _____
Para Uso del Departamento de Hacienda			
Entrado Por: _____		<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Inactivado	
Fecha _____	Nombre y Firma _____	Fecha _____	Nombre y Firma _____

* Si hay pagos alternos, favor de justificarlo en la sección de comentarios.

CONSERVACION: Seis años o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.