

Original – Negociado de Intervenciones  
1<sup>ra</sup> Copia – Suplidor  
2<sup>da</sup> 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"/> Cheque                | <input type="checkbox"/> EFT                                  | <input type="checkbox"/> Manual     |
| <input type="checkbox"/> Preparar Pagos Separados   | <input type="checkbox"/> Plan de Pago          | <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica            | <input type="checkbox"/> Otro:      |
| <input type="checkbox"/> Pago con Descuento   |  |   |                                     |
| Para Uso de la Agencia  |  | Para Uso del Suplidor   |                                     |
| <b>Certifico</b> que la información suministrada es correcta.   |  | <b>Certifico</b> 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.