

**ASEGURADORA DEL SUR C.A.  
CALIFICACION DE PROVEEDORES**

NOMBRE O RAZON SOCIAL SEGÚN RUC			RUC:
NOMBRE COMERCIAL			BIENES:
			SERVICIOS:
DIRECCION SEGÚN R.U.C.			NUMERO:
CIUDAD SEGÚN R.U.C.	TELEFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
NACIONALIDAD	FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES		FECHA DE CONSTITUCION

**ACTIVIDADES ECONOMICAS EN ORDEN DE IMPORTANCIA**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**BIENES Y SERVICIOS QUE OFRECEN**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**DATOS DE CONSTITUCION DE LA EMPRESA**

No. RESOLUCION	FECHA DE RESOLUCION	FECHA DE VENCIMIENTO	TIPO DE SOCIEDAD
CAPITAL SUSCRITO	CAPITAL PAGADO	REGISTRO MERCANTIL	FECHA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	CEDULA	CARGO	HASTA
NOMBRE DEL CONTADOR	CEDULA	REGISTRO CONTADOR	
NOMBRE DE CONTACTO	CEDULA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO:

**DATOS DE ACCIONISTAS**

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	CEDULA	NACIONALIDAD	APORTACION

**REQUISITOS: PERSONALES NATURALES**

- Llenar correctamente el formulario de solicitud de calificación de Proveedores
- Copia de la Cédula de Identidad del Propietario de la Empresa.
- Copia del Documento Registro Unico de Contribuyentes otorgado por el SRI.
- Certificado de instituciones a las que presta servicios actualmente, mínimo dos.
- Certificando Bancario.
- Certificado debidamente protocolizado de la representación y/o distribución autorizados de los productos que comercializa.

**REQUISITOS: PERSONALES JURIDICAS**

- Copia de la escritura pública de constitución de la compañía.
- Copia del nombramiento del representante legal debidamente inscrito.
- Copia de la Cédula de Identidad del Representantae Legal.
- Copia del Documento Registro Unico de Contribuyentes otorgado por el SRI.
- Lista detallada y actualizada de productos y/o servicios que comercializa con sus respectivos precios y tiempos de entrega.

Yo, \_\_\_\_\_ en calidad de Persona Natural y/o como Representante Legal  
de \_\_\_\_\_ certifico que los datos  
suministrados en este documento son correctos y autorizo a ASEGURADORA DEL SUR C.A. Para su verificación.

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO

\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESENTACION

**SOLO PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE AUDITORIA DE ASEGURADORA DEL SUR C.A.**

CODIGO DE PROVEEDOR	BIENES	<input type="checkbox"/>	AREA PERSONA AUTORIZADA	FIRMA	SI	<input type="checkbox"/>
	SERVICIOS	<input type="checkbox"/>		NO	<input type="checkbox"/>	
	AMBOS	<input type="checkbox"/>		IMCUMP	<input type="checkbox"/>	