

REGISTRO DE PROVEEDORES INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES Y PRESTADORES DE SERVICIOS PERSONALES

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

1. Formulario adjunto completo.
2. D.N.I. (original y copia).
3. Título habilitante para desempeñar el cargo (original y copia).
4. Matrícula Profesional vigente para el ejercicio de la actividad en la Ciudad de Buenos Aires o jurisdicción nacional (original y copia).
5. Currículum vitae.
6. Constancia de inscripción ante la AFIP vigente, en los impuestos que correspondan a la actividad en que solicita la inscripción.
7. Constancia de inscripción ante la Dirección General de Rentas, si corresponde.
8. Póliza de seguro de vida con vigencia durante el período de la contratación.
9. Formulario "Autorización de Pagos" con certificación bancaria del cuadro de datos de la cuenta y firma (s) del (de los) titular (es).

**Nota: TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBERÁ SER ENTREGADA CON FIRMA, ACLARACIÓN Y
DNI**

REGISTRO DE PROVEEDORES
INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES Y PRESTADORES DE SERVICIOS PERSONALES

I. DATOS PERSONALES:

-APELLIDOS:			
-NOMBRES:			
-NACIONALIDAD:			
-D.N.I./L.E./L.C. N°:			
-C.I. N°:		EXPEDIDO POR:	
-PASAPORTE N°:		PAÍS EMISOR:	
-PROFESIÓN:			
-OCUPACIÓN U OFICIO:			
-ESTADO CIVIL:			
-LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:			
-TELÉFONO CELULAR:			
-DOMICILIO REAL:			
-CALLE:		N°:	PISO: DEPTO.:
-CIUDAD:		PROVINCIA:	C. P.:
-TEL.:		FAX:	
-E-MAIL:			
-DOMICILIO PROFESIONAL/COMERCIAL:			
-CALLE:		N°:	PISO: DEPTO.:
-CIUDAD:		PROVINCIA:	C. P.:
-TEL.:		FAX:	
-E-MAIL:			

REGISTRO DE PROVEEDORES
INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES Y PRESTADORES DE SERVICIOS PERSONALES

II. ESTUDIOS:

-TÍTULO GRADO:	AÑO GRADUACIÓN:
-UNIVERSIDAD:	
-TÍTULO DE POSGRADO:	AÑO GRADUACIÓN:
-UNIVERSIDAD:	
-TÍTULO DE POSGRADO:	AÑO GRADUACIÓN:
-UNIVERSIDAD:	
-TÍTULO SUPERIOR UNIVERSITARIO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	UNIVERSIDAD:
-TÍTULO SUPERIOR NO UNIVERSITARIO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	ESTABLECIMIENTO:
-TÍTULO TÉCNICO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	ESTABLECIMIENTO:
-TÍTULO SECUNDARIO:	
-AÑO GRADUACIÓN:	ESTABLECIMIENTO:

III. MATRÍCULA PROFESIONAL/HABILITACIÓN OFICIO.

-COLEGIO PROFESIONAL/ORGANISMO:	
-MATRÍCULA:	JURISDICCIÓN:
-VIGENCIA:	
-SANCIONES DISCIPLINARIAS:	

IV. SITUACIÓN FISCAL/PATRIMONIAL/SEGURO.

-C.U.I.T. N°		
-SITUACIÓN FRENTE AL IVA:		
-IMP. INGRESOS BRUTOS/CONVENIO MULTILATERAL:		
-CONCURSADO/QUEBRADO:		
-POSEE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES:	SI	NO
-COMPAÑÍA ASEGURADORA:		
-PÓLIZA N°	VIGENCIA:	

REGISTRO DE PROVEEDORES
INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES Y PRESTADORES DE SERVICIOS PERSONALES

V. ANTECEDENTES PROFESIONALES Y LABORALES DESTACADOS.

-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:
-EMPRESA/ORGANISMO:	
-PERÍODO: DESDE	HASTA:
-CAUSAL DE DESVINCULACIÓN:	
-CARGO:	CONTRATADO:

Declaro bajo juramento que la información enunciada precedentemente, así como la contenida en el curriculum vitae que adjunto -constante de fojas-, son exactas y verdaderas. Tomo conocimiento que toda falsedad u omisión en la información suministrada o en la documentación presentada, quedará sujeto a la aplicación de las normativas legales y reglamentarias vigentes.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, __ / __ / ____.-

.....
Firma, aclaración y DNI

REGISTRO DE PROVEEDORES

INSCRIPCIÓN DE PROFESIONALES Y PRESTADORES DE SERVICIOS PERSONALES

AUTORIZACIÓN DE ACREDITACIÓN DE PAGOS DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC Prof. Juan P. Garrahan EN CUENTA BANCARIA

Bs. As, de de 20 (1)

REGISTRO DE PROVEEDORES
DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

El (los) que suscribe(n).....(2), en mi (nuestro) carácter de.....(3), de.....(4), CUIT/CUIL/CDI. N°(5), autoriza (mos) a que todo pago que deba realizar el **HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC Prof. Juan P. Garrahan**, en cancelación de deudas a mi (nuestro) favor por cualquier concepto, sea efectuado en la cuenta bancaria que a continuación se detalla:

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA	
NÚMERO DE CUENTA (6)	
TIPO: CORRIENTE/DE AHORRO- CÓDIGO (7)	
CBU DE LA CUENTA (8)	
C.U.I.T./CUIL/CDI CUENTA CORRIENTE / DE AHORRO (8)	
TITULARIDAD	
DENOMINACIÓN	
BANCO	
SUCURSAL	/N°
DOMICILIO	

La orden de transferencia de fondos a la cuenta arriba indicada, efectuada por el **HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC Prof. Juan P. Garrahan** dentro de los términos contractuales, extinguirá la obligación del deudor por todo concepto, teniendo validez todos los depósitos que allí se efectúen hasta tanto, cualquier cambio que opere en la misma, no sea notificado fehacientemente al Registro de Proveedores del Hospital.

El beneficiario exime al HOSPITAL de cualquier obligación derivada de la eventual mora que pudiera producirse como consecuencia de modificaciones sobre la cuenta bancaria.

Certificación bancaria del cuadro de datos de la cuenta y firma (s) del (de los) titular (es) (9)

(1)Lugar y fecha de emisión// (2)Apellido y Nombre del (de los) que autoriza (n) el depósito// (3)Carácter por el cual firma (n) (presidente, socio, propietario, etc)// (4)Razón Social/Denominación// (5)Número de C.U.I.T.o en su defecto CUIL o CDI // (6)Número de cuenta completo conforme la estructura de cuentas bancaria que opera la entidad financiera //(7)Tachar lo que no corresponda. Deberá indicarse el número que identifica al tipo de cuenta (8) El CUIT, CUIL o CDI informado en (5) debe coincidir con el CUIT, CUIL o CDI de la CBU de la cuenta// (9) Firma y aclaración del beneficiario.