



**SOCIEDAD DE SEGUROS DE VIDA DEL MAGISTERIO NACIONAL**

Av. 8-10 Calle 1ª. Tel: (506) 2523-6767 - 2523-6868 Fax: 2257-7579

Apto. 2270-1000, San José, Costa Rica.

Email: [proveeduria@segurosdelmagisterio.com](mailto:proveeduria@segurosdelmagisterio.com)

[www.segurosdelmagisterio.com](http://www.segurosdelmagisterio.com)

**REGISTRO DE PROVEEDORES FORMULARIO DE INSCRIPCION**

**1. Información Registro Persona Física:**

Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Contacto: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Número de Cédula\*: \_\_\_\_\_ Dirección exacta: \_\_\_\_\_

**2. Información de la Naturaleza de la Empresa**

Fabricante

Importador

Distribuidor

Constructor

TI

(Hardware/Software)

Servicios

Profesionales

Servicio de

Alimentación

Servicio de

mantenimiento

Taller de Servicios

Otro:

Especifique el bien o servicio que ofrece:

**3. Información Registro Para Persona Jurídica:**

Razón Social / Nombre Empresa\*: \_\_\_\_\_

Cédula Jurídica: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Número de Cédula\*: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Dirección exacta: \_\_\_\_\_

<b>Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional</b>	<b>Registro</b>	
	Código: <b>LO-RE-024</b>	
	Versión: 08	Página 2 de 3

*Copia personería jurídica con menos de 1 mes emitida; Certificado de estar al día con la CCSS		
<b>4. Condiciones de pago:</b>		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Disponen de Financiamiento (crédito)	Días de crédito otorgado**	Monto Máximo
Banco/Entidad Fiananciera para efectuar el depósito*	Número de Cuenta Cliente (17 digitos) COLONES	
Banco/Entidad Fiananciera para efectuar el depósito*	Número de Cuenta Cliente (17 digitos) DOLARES	
Contacto Cuentas por cobrar: _____ Cargo: _____		
Número Teléfono: _____ Correo-@: _____		
*Incluir constancia de Cuenta Cliente emitida por el Banco, especificar si la cuenta es en colones o dólares		
**Los días de crédito aprobados por la SSVMN son 45,30, 15 días según evaluación inicial del proveedor.		
<b>5. Información Ambiental (si aplica, procuramos hacer negocios con empresas ambientalmente responsables):</b>		
a. La empresa, donde fabrica los productos que Adquirimos, posee algún Sistema de Protección al Medio Ambiente.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
b. Se cuenta con procedimientos o instrucciones para:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Prevención de la contaminación, dirigidos al reciclaje,	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Control de puntos de contaminación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Disposición adecuada de los desechos industriales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
• Manejo de productos químicos y los riesgos que se implican	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
c. Cumple con la legislación y reglamentación ambiental vigente en el país.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
d. Cuenta con el Permiso de Funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud Si la respuesta es SI, favor envíenos una copia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>6. Póliza de Riesgos (solo para proveedores de servicios de mantenimiento, construcción, que sean ejecutados en cualquiera de nuestras sedes):</b>		
Empresa Aseguradora: _____		
Tipo de póliza y #: _____		
Fecha de Vencimiento: _____		

<b>Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional</b>	<b>Registro</b>	
	Código: <b>LO-RE-024</b>	
	Versión: 08	Página 3 de 3

Coberturas y # de asegurados (Describa): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

*Favor adjuntar copia de la Póliza de Riesgos con la descripción del personal que cubre*

**7. Completado por:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_  
 Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SELECCIÓN DE PROVEEDORES - USO INTERNO**

Revisión de Calificación del Proveedor\*:  Aprobado  No Aprobado

Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Fecha de inscripción:**  **Fecha de vigencia:**

**Trámite Requerido:** ( ) Inscripción ( ) Actualización ( ) Vinculación

*“Nuestros esfuerzos no solo serán un asunto interno. Todos los actores involucrados en la producción, comercialización y difusión de los servicios brindados por la Sociedad, deberán estar altamente comprometidos con las metas de responsabilidad social que la institución trazó.”*