

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 11	Página 1 de 3

 <p>Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional Certificada ISO 9001:2008</p>	<p>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: proveeduría@segurosdelmagisterio.com www.segurosdelmagisterio.com</p> <p>REGISTRO DE PROVEEDORES FORMULARIO DE INSCRIPCION</p>
---	--

1. Información Registro Persona Física:

Nombre de la compañía: _____

Contacto*: _____ Cargo: _____

Teléfono: _____ FAX: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

Número de Cédula*: _____ Dirección exacta: _____

***Copia certificada vigente del documento de identidad de la persona que se inscribe.**

2. Información de la Naturaleza de la Empresa

<input type="checkbox"/> Fabricante	<input type="checkbox"/> Importador	<input type="checkbox"/> Distribuidor	<input type="checkbox"/> Constructor
<input type="checkbox"/> TI (Hardware/Software)	<input type="checkbox"/> Servicios Profesionales	<input type="checkbox"/> Servicio de Alimentación	<input type="checkbox"/> Servicio de mantenimiento
<input type="checkbox"/> Taller de Servicios	<input type="checkbox"/> Otro: _____		

Especifique el bien o servicio que ofrece: _____

3. Información Registro Para Persona Jurídica:

Razón Social / Nombre Empresa*: _____

Nombre Comercial: _____

Cédula Jurídica: _____

Representante Legal: _____ Cargo: _____

Número de Cédula*: _____ Celular: _____

Teléfono: _____

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 11	Página 2 de 3

Correo electrónico: _____

Dirección exacta: _____

*Copia personería jurídica con menos de 1 mes emitida.

*Copia certificada de los documentos de identidad de todos los representantes legales indicados en la Personería.

*Certificación de estar al día con la CCSS.

4. Condiciones de pago:

Banco/Entidad Financiera para efectuar el depósito en COLONES*:	
Número de Cuenta Cliente (17 dígitos) COLONES	
Número de Cuenta Corriente (15 dígitos) COLONES	
Banco/Entidad Financiera para efectuar el depósito en DÓLARES*:	
Número de Cuenta Cliente (17 dígitos) DOLARES:	
Número de Cuenta Corriente (15 dígitos) DOLARES:	

Contacto Cuentas por cobrar: _____ Cargo: _____

Número Teléfono: _____ Correo-@: _____

Correo para reportar pagos: _____

5. Información Ambiental (si aplica, *procuramos hacer negocios con empresas ambientalmente responsables*):

- a. La empresa, donde fabrica los productos que Adquirimos, posee algún Sistema de Protección al Medio Ambiente. Si No
- b. Se cuenta con procedimientos o instrucciones para:
- Prevención de la contaminación, dirigidos al reciclaje, Si No
 - Control de puntos de contaminación Si No
 - Disposición adecuada de los desechos industriales Si No
 - Manejo de productos químicos y los riesgos que se implican Si No
- c. Cumple con la legislación y reglamentación ambiental vigente en el país. Si No
- d. Cuenta con el Permiso de Funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud *Si la respuesta es Si, favor envíenos una copia* Si No

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 11	Página 3 de 3

6. Póliza de Riesgos de trabajo

Empresa Aseguradora: _____

Tipo de póliza y #: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Coberturas y # de asegurados (Describa): _____

Favor adjuntar copia vigente de la Póliza de Riesgos de trabajo con la descripción del personal que cubre.

7. Póliza de Responsabilidad civil

Empresa Aseguradora: _____

Tipo de póliza y #: _____

Fecha de Vencimiento: _____

Coberturas y # de asegurados (Describa): _____

8. Favor adjuntar copia vigente de la Póliza de responsabilidad civil con la descripción del personal que cubre.

9. Completado por:

Nombre: _____ Puesto: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 11	Página 4 de 3

SELECCIÓN DE PROVEEDORES - USO INTERNO		
Revisión de Calificación del Proveedor*:	<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> No Aprobado
Fecha: _____		
Comentarios: _____		

Fecha de inscripción: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	Fecha de vigencia: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>
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.”