

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 12	Página 1 de 3



Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional
Certificada ISO 9001:2008

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

REGISTRO DE PROVEEDORES FORMULARIO DE INSCRIPCION

1. Información Registro Persona Física:

Nombre de la empresa: _____

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

Es PYME	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo adjuntar certificación del MEIC.
<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: _____

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 12	Página 2 de 3

Número de Cédula*: _____ Celular: _____

Teléfono: _____

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.
- *Copia de constancia que lo acredite como contribuyente inscrito en Tributación Directa.
- *Copia de la factura autorizada por la administración tributaria.
- *Copia de la certificación que le acredite como incorporado al colegio respectivo.
- *Hoja de vida actualizada.
- *Permisos de trabajo vigentes (solamente para personas extranjeras)

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 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

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 12	Página 3 de 3

<ul style="list-style-type: none"> • Disposición adecuada de los desechos industriales • Manejo de productos químicos y los riesgos que se implican 	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<p>c. Cumple con la legislación y reglamentación ambiental vigente en el país.</p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<p>d. Cuenta con el Permiso de Funcionamiento otorgado por el Ministerio de Salud <i>Si la respuesta es SI, favor envíenos una copia</i></p>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

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): _____

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

Completado por:

Nombre: _____ Puesto: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio Nacional	Registro	
	Código: LO-RE-024	
	Versión: 12	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;" type="text"/>	Fecha de vigencia: <input style="width: 150px;" 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.”