

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Original – Negociado de Intervenciones  
1<sup>ra</sup> Copia – Suplidor  
2<sup>da</sup> Copia – Agencia

Agencia

REGISTRO DE SUPLIDORES

☐ Nuevo

☐ Modificado

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO		
Fecha	Núm. Código de Suplidor/Seg. Soc. o Patronal	
		<input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro
<b>Nombre (en caso de individuo indique el nombre y ambos apellidos)</b>		
Nombre: _____		
Nombre Corto (hasta 10 caracteres): _____		
Dirección _____		
Postal: _____		
Ciudad: _____	País: _____	Código Postal: _____
Teléfono: _____ Fax: _____		
Correo Electrónico: _____		
Fecha de Efectividad: _____		
Dirección Física: _____		
Ciudad: _____	País: _____	Código Postal: _____
<b>*Para Pagos Alternos bajo el mismo código de suplidor:</b> <input type="checkbox"/> Cesiones de Crédito <input type="checkbox"/> OPE <input type="checkbox"/> Otra:		
Nombre Alterno 1: _____		
Nombre Alterno 2: _____		
Comentarios		
Clasificación:		Tipo de Suplidor:
<input type="checkbox"/> Suplidor <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Municipio <input type="checkbox"/> OPE(SDO)	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Regular	
Método de Despacho Deseado Para la Orden de Compra:		
<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> EDI <input type="checkbox"/> Correo Electrónico		
Método de Pago Deseado:		
<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> EFT <input type="checkbox"/> Manual		
<input type="checkbox"/> Plan de Pago <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica <input type="checkbox"/> Otro:		
<b>Para Uso de la Agencia</b>		<b>Para Uso del Suplidor</b>
<b>Código de Disposición</b>	<b>Sector Económico</b>	<b>Certifico que la información suministrada es correcta.</b>
<b>Certifico que la información suministrada es correcta.</b>		
Fecha	Nombre y Firma Jefe, Agencia o Rep. Aut. en original	Teléfono
Fecha	Nombre y Firma del Suplidor en original	Teléfono
Entrado Por:		
<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Inactivado		
Fecha	Nombre y Firma	Fecha Nombre y Firma

\* Si hay pagos alternos, favor de justificarlo en la sección de comentarios.

CONSERVACION: Seis años o una intervención del Contralor, lo que ocurra primero.