

3. Autorizo a FUNDACIÓN OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL / FUNDACIÓN FOSUNAB a verificar mi información en las listas vinculantes, o en las que considere pertinente como mecanismo de debida diligencia, de acuerdo a lo establecido en el numeral 5.2.2.2.1 para el conocimiento de clientes y usuarios de la circular Externa 09 de la SUPERSALUD.
4. La información suministrada en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y la sociedad se compromete a actualizarla anualmente
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de este contrato no se destinaran a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas.
6. En el caso de infracción de cualquiera de los numerales contenidos en este documento eximiendo a FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER CLINICA FOSCAL/ FUNDACIÓN FOSUNAB de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

8. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

Realiza transacciones en moneda extranjera:	Si	No	¿Cuál?	otras operaciones:		
¿Posee productos financieros en el exterior?	Si	No		¿Posee cuentas en moneda extranjera?	Si	No

Tipo de producto	Identificación o No de producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País

INFORMACIÓN COMERCIAL

9. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre	Ciudad	Dirección	Teléfono

10. REFERENCIAS BANCARIAS

Banco	No. de cuenta	Tipo de cuenta	Sucursal	Teléfono

11. AUTORIZACIÓN CUENTA BANCARIA PARA TRANSFERENCIA

Autorizamos a FOSCAL o FOSUNAB a consignar en nuestra cuenta descrita a continuación los valores correspondientes al pago de nuestras facturas. Los datos aquí suministrados corresponden en forma EXACTA a los registrados en el banco.

Nombre del beneficiario de la cuenta: _____ No. de Cuenta: _____
 Entidad Financiera: _____ Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente Moneda de la cuenta: _____
 Dirección Entidad Financiera: _____ Sucursal: _____ Ciudad: _____ País: _____

12. ESPACIO EXCLUSIVO PARA PROVEEDORES

Descuentos por pronto pago	Acepta esquema de mercancia de consignación		
Contado: 30 días	60 días	Totalmente	No lo acepta
90 días	120 días	Otro	Parcialmente

BONIFICACIONES Y OTROS BENEFICIOS OFERTADOS

Favor relacionar las bonificaciones y otros beneficios similares ofertados a FOSCAL/FOSUNAB en los siguientes casos:

Describe su programa de apoyo tecnológico y educación a FOSCAL/FOSUNAB:

Describe las bonificaciones por consumos o programas similares:

Sí existen otros beneficios por favor descríbalos:

Certifico que toda la información consignada en el presente formulario es exacta y autorizo a FOSCAL / FOSUNAB para su verificación.

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE LEGAL


Huella Índice derecho

Nombre del funcionario que diligencia el formulario _____ N° Doc Identidad: _____

CONTACTOS

Nombre	Telefonos	Email
Gerente de ventas Rep. de ventas para FOSCAL/FOSUNAB Serv. al cliente y gestión de ordenes de pedidos Serv. de farmacovigilancia y tecnovigilancia		

USO EXCLUSIVO DE FOSCAL - FOSUNAB CONFIRMACION DE LA INFORMACION

Fecha de verificación: día mes año hora _____ FIRMA _____
 Nombre de quien verifica _____ Cargo _____

Observaciones

División Suministros 031-MF-V3

USO EXCLUSIVO DE LA FOSCAL Y/O FOSUNAB - CONFIRMACIÓN DE REFERENCIAS

Nombre de la empresa
 Tiempo de relación comercial
 Calificación de la referencia
 Hablé con
 Fecha