|  |
| --- |
|  **SECCIÓN 1: DATOS DE LA EMPRESA** |
| 1. **NOMBRE DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN/INDIVIDUO:**

|  |
| --- |
| Debe ser el nombre legal como se refleja en el certificado de cámara de comercio/ Registro Único Tributario (RUT)/ Documento de identificación) |

 | Nombre:NIT, CC/CE:  |
|

|  |
| --- |
| 1. **DOMICILIO LEGAL/REGISTRADO:**

(Calle, número, código postal, ciudad, país, etc.) (Como se refleja en el RUT o en cualquier documento legal))  |

 | Dirección:Código postalCiudad:Estado/Provincia:País:  |
| 1. **NÚMERO DE TELÉFONO (PRINCIPAL):**
 | Fijo: \_\_\_\_\_ Extension: \_\_\_\_\_\_\_\_Celular: |
| 1. **NÚMERO DE FAX:**
 |  |
| 1. **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN:**

**Nota sobre el uso de direcciones de correo electrónico: La OPS requiere el registro de los** contactos de los proveedores con una dirección de correo electrónico de un dominio corporativo/institucional del proveedor. Si el Proveedor no tiene un dominio de dirección de correo electrónico corporativo/institucional y solicita el registro con una dirección de correo electrónico comercial (por ejemplo, Gmail, Hotmail, Yahoo, etc.), se debe proporcionar una justificación para que la OPS considere dicha solicitud. (Solo aplica para personas jurídicas) | Dirección de correo electrónico: SOLO PARA PERSONAS JURÍDICASSin correo electrónico de la empresa/institucional: [ ] Explicación/justificación: |
| 1. **URL DEL SITIO WEB:**

**(si aplica)** |  |
| 1. **NOMBRE DEL CONTACTO:**

**(si aplica)** |  |
| 1. **CARGO DEL CONTACTO:**

**(si aplica)** |  |
| 1. **TELÉFONO DE CONTACTO:**

**(si aplica)** | Fijo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Extension\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: |
| 1. **CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:**

**(si aplica)** |  |
| 1. **PROPIEDAD DE MUJERES:**

Debe incluir, como mínimo;1. Al menos el 51% de la propiedad independiente de una o más mujeres (o de una mujer en propiedad única);
2. El control incondicional de una o más mujeres sobre la adopción de decisiones a largo plazo y la gestión y administración cotidianas de las operaciones comerciales, e
3. Independencia de las empresas que no son propiedad de mujeres.
 | Si ☐ **No** [ ] Describa: |
| 1. **PROVEEDOR INCLUSIVO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD:**

Un proveedor que realiza un esfuerzo dedicado, consistente y medible para implementar prácticas inclusivas para personas con discapacidad. Los proveedores pueden demostrar que son inclusivos con las personas con discapacidad a través de una variedad de medios, tales como:1. Contar con una política organizacional de inclusión de la discapacidad;
2. Reclutamiento y contratación de personas con discapacidad;
3. Ofrecer adaptaciones razonables a los candidatos y al personal con discapacidades;
4. Proporcionar locales accesibles;
5. Garantizar que sus cadenas de suministro incluyan a las personas con discapacidad;
6. Fabricar productos accesibles siguiendo los principios del Diseño Universal, u otros".

La identificación de proveedores que incluyan a las personas con discapacidad permite a las organizaciones de las Naciones Unidas apoyar y fortalecer las adquisiciones inclusivas para las personas con discapacidad y otras iniciativas de inclusión de las personas con discapacidad. |  Si ☐ **No** [ ] Describa: |
| **SECCIÓN 2: INFORMACIÓN FINANCIERA** |
|

|  |
| --- |
| **Para bancos ubicados en Colombia** |
| Nombre del banco: |  |
|  Tipo de cuenta | Ahorros [ ] Corriente [ ]  |
| Número de cuenta bancaria: |  |
| Nombre del Titular de la cuenta/beneficiario: |  |
| **Para bancos ubicados fuera de Colombia** Adicione la información que corresponda a su cuenta según el país |
| País del Banco: |  |
| ABA/Número de ruta para depósito directo (ACH): |  |
| Código SWIFT (BIC): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número IBAN |  |
| ID bancaria (3 dígitos) |  |
| Código de sucursal/tránsito (5 dígitos) |  |
| Código de clasificación (6 dígitos) |  |
| Código IFSC (11 dígitos) |  |
| Código BSB (6 dígitos) |  |

 |
| **SECCIÓN 3: INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA EMPRESA** |
| 1. **Responsable de IVA:**
 | **Si** [ ]  **No** [ ]  |
| 1. **Número de identificación de UNGM:**

Recuerde que los proveedores deben estar inscritos en el portal de UNGM Mercado Global de Naciones Unidas el registro es gratuito y podrá realizarlo al seguir los pasos disponibles en [la web de OPS/Col](https://www.paho.org/sites/default/files/registro_en_el_portal_de_ungm_-_proveedor_05112021_0.pdf) |  |
| 1. **Número D-U-N-S®:**
 |  |
| 1. **NATURALEZA DEL NEGOCIO (**marque una sola casilla**):**
 | Fabricante: [ ] Comerciante: [ ] Agente Autorizado: [ ] Empresa Consultora: [ ] Otros (especifique): [ ]  |
| 1. **ÁREA DE NEGOCIO:**
 | Químico: [ ] Ciencias de la Salud: [ ] Seguridad: [ ] Otros: (especifique):[ ]  |
| 1. **SUBSIDIARIAS, ASOCIADAS Y/O REPRESENTANTES(ES) EN EL EXTRANJERO:**

 (Detalle nombre y país adjuntar lista, si es necesario) |  |
| 1. **SOCIEDAD MATRIZ:**

Nombre legal completo como se refleja en el certificado de incorporación.  |  |
| 1. **Lista de acuerdos a largo plazo vigentes con otra agencia de las Naciones Unidas u organización internacional (BM, FMI, BID, OEA, etc.)** (solo si aplica)
 |  |

**\*\***Al presentar una oferta en respuesta a cualquier solicitud de la OPS, usted afirma que cumple con las responsabilidades descritas en el Código de Conducta para Proveedores de las Naciones Unidas:

<https://www.un.org/Depts/ptd/about-us/un-supplier-code-conduct>

El Proveedor es responsable de mantener la información de sus registros de la OPS precisa y actualizada. En caso de cambios, actualice su registro, vuelva a enviar este formulario indicando las razones del cambio y proporcionando cualquier documentación relevante que respalde el cambio.

La OPS se reserva el derecho de verificar de forma independiente cualquier información proporcionada por el Proveedor, solicitar documentación de respaldo y rechazar cualquier solicitud de registro del Proveedor sin incurrir en responsabilidad alguna hacia el Proveedor ni tener la obligación de informarle de los fundamentos de la decisión de la OPS.

**Al enviar este formulario a la OPS, el Proveedor certifica que toda la información anterior y cualquier documentación adjunta son verdaderas y correctas.**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Adicionalmente al presente formulario completamente diligenciado, debe adjuntar los siguientes documentos legibles, según aplique: |
| **Persona Natural** | **Persona Jurídica** |
| \*Documento de identidad.\*Certificación bancaria actualizada.\*Hoja de vida (Contratista de la OPS). | \*Certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio actualizado.\*RUT actualizado.\*Certificación bancaria actualizada.  |

|  |
| --- |
| En caso de proveedor para Letter of Agreement (LOAS), la documentación anexa corresponde a lo siguiente: |
|  | **Entidad / Organismo al que aplica el documento** |
| **Requisito (Todos los anexos deben ser enviados en formato "pdf") (Use los nombres a continuación para cada adjunto)** | **Instituciones gubernamentales centralizadas (es decir, Ministerio de Salud) (Pol. 30.2.1)** | **Instituciones Gubernamentales Descentralizadas (Deben tener personería jurídica) (Pol. 30.2.1)** | **Organismos de las Naciones Unidas e Interamericano (Pol. 30.2.2)** | **Centros Colaboradores de la OMS (CC) (Pol. 30.2.2)** | **Actores No Estatales (ONGs, Academia, Asociación Civil y Fundaciones) (Pol.30.2.3,4,5)** |
| 1. Evidencia para ser una Institución Gubernamental (ii) | SI | SI | NO | NO | NO |
| 2. Estatutos y constitución legal (i) | NO | NO | SI | SI | SI |
| 3. Carta de Designación de la OMS como Centro Colaborador | NO | NO | NO | SI | NO |
| 5. Junta Directiva y/o Representante Legal (i) | NO | NO | NO | SI | SI |
| 6. Formulario de Solicitud de Información del Marco de Compromiso con Actores No Estatales (FENSA), (iv) | NO | NO (v) | NO | Sobre una base de caso por caso | SI |
| 7. Tabaco y armas (iii) | NO | NO (v) | NO | SI | SI |
| 8. Estados Financieros Auditados no mayores a los dos años anteriores (debe incluirse dictamen de auditoría). (iv) | NO | NO | SI | SI | SI |
| 9. Información bancaria (i) | SI | SI | SI | SI | SI |

*i. Se actualizará cuando haya cambios sustanciales.*

*ii. No se necesita actualización. Obligatorio cuando se crea el beneficiario por primera vez.*

*iii. Válido por año calendario. Debe actualizarse al inicio de cada año.*

*iv. Se actualizará cada 2 años.*

*v. Con excepción de las Universidades Públicas que necesitan ser revisadas bajo FENSA.*