



# CUESTIONARIO PARA PROVEEDORES

**(Confidencial)**

(Utilice la función de firma electrónica. Si por cualquier motivo no puede firmar electrónicamente este formulario, póngase en contacto con su representante en CARE con el fin de enviarle un documento alternativo).

Por favor, lea las instrucciones adjuntas antes de llenar este formulario. Toda la información debe estar completa.

**Nota: Las condiciones de pago estándar de CARE son de 30 días netos a partir de la recepción de una factura aprobada por CARE.**

## **INFORMACIÓN OBLIGATORIA (por favor escriba en letra de imprenta, de forma clara)**

**Nombre de contacto en CARE:** \_\_\_\_\_

**Nombre de la empresa/persona** (¿Coincide con el contrato, banco, factura ¿Es el mismo nombre de "opera como"?): \_\_\_\_\_

**Nombre y cargo de contacto en su empresa:** \_\_\_\_\_

Si es una persona natural, ¿Es usted un ciudadano estadounidense?

Sí:  No:

**Si está legalmente constituida, en qué provincia:** \_\_\_\_\_

En caso negativo, país de su nacionalidad o de la licencia (obligatorio): \_\_\_\_\_

**Número de identificación fiscal** (número de RUC): \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_  
contacto:

**Página web:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Número, calle, planta, número de suite:

Ciudad

Estado

Código

postal

**Dirección de envío:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Número, calle, planta, número de suite:

Ciudad

Estado

Código

postal

**Correo electrónico notificación del pago:** \_\_\_\_\_

### **Clasificaciones adicionales:**

Empresa privada:

Empresa pública:

Sin ánimo de lucro:

Consultor

Empresario individual:

Asociación:

### Referencias comerciales

Incluya 3 referencias comerciales actuales, indicando la empresa, el número de teléfono, la persona de contacto, el correo electrónico del contacto y una descripción del producto o servicio prestado al cliente **(si necesita más espacio, utilice una página aparte)**

1.)

---

2.)

---

3.)

---

### Declaración de Persona Expuesta Políticamente (PEP's) (Persona Natural/Representante Legal)

¿En usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP's)?

*PEP's son todas aquellas personas que han desempeñado funciones públicas de alto grado en el último año, como, por ejemplo: Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Policía o Militar de alto rango*

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Protección contra la explotación y los abusos sexuales

**CARE no permite ninguna actividad que pueda constituir o producir la explotación o el abuso sexual de adultos vulnerables o niños que CARE apoya a través de su trabajo. CARE espera que cualquier incidente de explotación o abuso sexual sea informado con un comunicado oportuno enviado a CARE.**

1. ¿Su trabajo en el marco de este compromiso implicará la interacción con adultos o niños vulnerables? (En caso afirmativo, responda también a las preguntas 2-6.) Sí  No
2. ¿Tiene una política contra la explotación o abusos sexuales? Sí  No
3. ¿Proporciona formación al personal sobre este tema? Sí  No
4. ¿Realiza comprobaciones de referencias previas a la contratación que incluyan la investigación de denuncias de explotación o abuso sexual de los participantes en el programa? Sí  No
5. En los dos últimos años, ¿ha sido acusada su organización de explotación o abuso sexual de adultos vulnerables o niños? (Su respuesta afirmativa no le descalifica automáticamente para esta participación, pero CARE le pedirá información adicional) Sí  No
6. En caso afirmativo, indique el nombre de un miembro del personal con el que podamos ponernos en contacto para obtener información adicional y los datos de contacto. \_\_\_\_\_

**Indique a continuación los productos o servicios que vende o presta (si procede)**

[a] \_\_\_\_\_ [b] \_\_\_\_\_

[c] \_\_\_\_\_ [d] \_\_\_\_\_

~~CARE es una organización no gubernamental que ofrece igualdad de oportunidades y sin discriminación~~

Indique las lenguas que hablan:

- Francés                       Inglés                       Español                       Portugués
- Otros \_\_\_\_\_

Indique a continuación las áreas específicas de especialización, características únicas, etc. (si procede)

[a] \_\_\_\_\_ [b] \_\_\_\_\_

[c] \_\_\_\_\_ [d] \_\_\_\_\_

Indique a continuación las tarifas\* asociadas a sus productos o servicios (si procede)

[a] \_\_\_\_\_

\*Tarifas diarias y por hora preferiblemente en USD



**Formulario de Transferencia Electrónica de Fondos (TEF) para proveedores**

**Tipo de solicitud:**     Autorización para configurar una nueva TEF     Autorización de cambio de banco

S e c c i ó n A		Información de proveedores	
Nombre del proveedor/contratante (persona natural o jurídica):		Nombre de contacto en CARE:	
Nombre comercial o empresarial (por ejemplo, "opera como", si procede):		Si es una empresa estadounidense, indique su <a href="#">Número de identificación fiscal</a> :	
Nombre del banco:			
Nombre de la cuenta (titular de la cuenta/beneficiario del pago):			
Número de cuenta:		Tipo de cuenta: Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/>	

Dirección de correo electrónico del proveedor (para alerta/notificación de aviso de pago):		
Nombre del banco:		Nombre de la sucursal (si procede):
Dirección del banco (calle, ciudad, estado/provincia, código postal y país):		
Nombre de la cuenta (titular de la cuenta/beneficiario del pago):		Código de sucursal (Código nacional/Código local de compensación) (Si procede):
Número de cuenta:		SWIFT/BIC (código alfanumérico de 8 u 11 caracteres/no aplicable a los bancos estadounidenses):
Código IBAN (si procede):		Tipo de cuenta: Cuenta corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro <input type="checkbox"/>
Moneda de la cuenta bancaria:		Dirección de correo electrónico (para notificaciones de avisos de remesas):
El proveedor <b>debe</b> adjuntar a este formulario uno de los siguientes documentos de verificación de cuenta bancaria con los datos bancarios completos:		
<b>Certificado bancario actualizado fechados en los últimos 6 meses.</b>		

CARE no es responsable de los errores, retrasos y otros problemas causados por o derivados de instrucciones bancarias incorrectas y/o incompletas. Además, CARE no se hace responsable de las comisiones cobradas por el intermediario/corresponsal y/o el banco beneficiario.

\*Para los **pagos nacionales**, los datos bancarios completos se refieren al nombre del banco, la dirección del banco, el nombre de la cuenta, el tipo (cuenta corriente o de ahorros), el número de ruta ABA y el número de cuenta.

\*Para los **pagos internacionales**, los datos bancarios completos se refieren al nombre del banco, dirección del banco, código de sucursal (si procede) nombre de la cuenta, tipo (cuenta corriente o de ahorro), IBAN (si procede) y SWIFT / BIC.

### Reconocimiento y aceptación

Yo ( <b>el abajo firmante</b> ) certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y completa y por la presente autorizo a CARE a depositar electrónicamente los pagos en la cuenta bancaria designada anteriormente. Entiendo que debo notificar a CARE por escrito inmediatamente de cualquier cambio de estado o información bancaria y que esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta que CARE haya recibido la notificación por escrito mediante la presentación de una Autorización de Cambio Bancario.	
Certifico que, a mi leal saber y entender, la información anterior es veraz y completa y que no se han producido cambios importantes en la empresa que afecten a ninguna de las declaraciones anteriores.	
<b>CERTIFICACIÓN EN MATERIA DE TERRORISMO: Por la presente, el Proveedor certifica que no ha proporcionado ni proporcionará apoyo material o recursos a ningún individuo u organización que sepa, o tenga motivos para saber, que es un individuo u organización que aboga, planea, patrocina, participa o ha participado en un acto de terrorismo.</b>	
He leído la declaración anterior y certifico bajo juramento que la información que contiene es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.	
Cargo del firmante autorizado:	Dirección de correo electrónico del firmante autorizado:
Número de teléfono del firmante autorizado (para verificación de devolución de llamada) (XXX) XXX-XXXX):	Fecha de firma (mm/dd/aaaa):
Nombre del firmante autorizado:	Firma electrónica del firmante autorizado: <b>ATENCIÓN: Cuando ya haya firmado electrónicamente el formulario, todas sus partes se bloquearán en el documento para evitar cambios posteriores y garantizar la seguridad.</b>

Línea de firma adicional si la política del proveedor requiere un formato de firma diferente, como firma digital basada en certificado, inserción de firma digital, firma de dibujo, etc.

**LEY DE PROTECCION DE DATOS:**

Al completar este formulario usted otorga su consentimiento para el tratamiento de los datos que nos proporcione acorde a lo establecido en nuestra **política de privacidad**.