**FORMATO DE PRE CALIFICACION DE PROVEEDORES**

**WV Honduras**

|  |
| --- |
| **Sección I: Información General**  |
| Razón Social:  |
| Nombre comercial: |
| Dirección: |
| RTN : | Teléfono:   | Celular: |
| Correo Electrónico:  | Sitio Web: |
| Nombre de Persona Contacto:  | Departamento: |
| Correo Electrónico de la Persona Contacto:  |
| Tipo de Negocio: Persona Natural **□** Persona Jurídica **□** ONG **□** Otro **□** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Actividad económica: Fabrica **□** Empresa Consultora **□** Distribuidor Autorizado **□** Comercio **□** Taller **□**Comerciante individual **□** Otro **□**  |
| Favor especifique el tipo de producto o servicio que vende: |
| **Sección II: Información para Pago** |
| Forma de Pago: Cheque **□**  Transf. Bancaria **□** | Tipo de Pago: Crédito **□** Contado **□**  |
| Plazo de pago:  |  |
| Dirección:  |
| *Para Transferencias Bancarias:* Nombre del Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la Cuenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo de cuenta: Cheque **□**  Ahorro **□** Moneda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*El Beneficiario bancario debe ser igual al nombre de la razón social o persona natural. |
|  |
| **Sección III: Autoevaluación** |
| ¿Su empresa promueve los valores de igualdad de género, no importando raza, sexo, religión o capacidad física?  | Si □ | No □ |
| ¿Tiene su empresa una política de seguridad ocupacional? \*Favor Adjúntela | Si □ | No □ |
| Su empresa se encuentra libre de trabajo infantil? | Si □ | No □ |
| Su empresa se encuentra libre de explotación sexual y/o trata de persona? | Si □ | No □ |
| Su empresa emplea personal mayor de edad conforme la ley laboral hondureña, acorde a los trabajos contratados? | Si □ | No □ |
| Su empresa realiza trabajos forzado con miembros de su personal? | Si □ | No □ |
| Su empresa cumple con el pago mínimo establecido por la ley? | Si □ | No □ |
| Todo su personal goza en un 100% de las prestaciones de ley? | Si □ | No □ |
| ¿Su empresa cuenta con una política de conflicto de interés y anticorrupción?\*De ser positivo, favor adjúntela. | Si □ | No □ |
| Tiene alguna relación de familiaridad o parentesco con alguna persona que labora para Visión Mundial? | Si □ | No □ |
| ¿Tiene usted o algún familiar suyo, algún tipo de afiliación o está involucrado con una organización con la cual Visión Mundial tiene tratos comerciales? Nombre de la entidad/Corporación y el Interés en la Organización: | Si □ | No □ |
| ¿Ha sido parte o ha estado involucrado en algún caso contra la niñez? Comente de ser necesario: | Si □ | No □ |
| Ha leído, aceptado y firmado la Política de Conducta de Proveedor de VMH que incluye: Conflicto de Intereses y Protocolo de Comportamiento de Salvaguarda de niños y adultosFavor adjuntarla firmada | Si □ | No □ |
| **Sección V: Documentación Legal Requerida (Persona Jurídica)**  |
| Fotocopia RTN. □ | Solvencia fiscal □ | Copia de factura □ |
| Fotocopia ID Representante Legal. □ | Fotocopia de Escritura de Constitución de la empresa □ |
| Fotocopia de Poder de Representación □ | Fotocopia Permiso de Operación Vigente □ |
| En caso de ser ONG: Constancia DIRSACC □Otro: Especifique: |
| **Sección VI: Documentación Legal Requerida (Persona Natural)** |
| Fotocopia ID Proveedor Independiente □ | Solvencia fiscal □  |
| Fotocopia de factura □ | Fotocopia RTN □ |
| \*Fotocopia de escritura de comerciante individual □ | \*Fotocopia Permiso operación vigente □ |
|  \*Solo en caso de que aplique |
| **El firmante da fe que la información y documentos que haya aportado es verdadera y verificable.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Proveedor Nacional (Representante Legal)Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma: |

 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Comprador Nacional.Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma: |
| Coordinador Nacional de compras.Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma: |
| **Sección IX: Observaciones –PARA LLENADO Y USO INTERNO DE WV** |
| Resultados Búsqueda Watchdog: Puntaje [ ] | Visita Ínsito: Sí □ No **□** | Georreferencia □ |
| ¿La empresa posee las instalaciones físicas adecuadas? Si □ No □ | ¿Posee todos sus documentos legales actualizados? Si □ No □ |
| ¿La empresa cuenta con la capacidad técnica y operativa adecuada para su buen funcionamiento? Si □ No □ |
| ¿La empresa demostró su capacidad operativa y/o técnica para desarrollar la actividad económica? Si □ No □ |
| De presentar un hallazgo en Watchdog favor indicar razones: |
| *Proveedor Pre Calificado:* Si □ No □ |

***Formato revisado 7-10-2021***