

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Original – A.C.C.
1^{ra} Copia – Agencia
2^{da} Copia – Agencia

Agencia

PRIFAS

REGISTRO DE SUPLIDORES

Nuevo Modificado

IDENTIFICACION DEL DOCUMENTO		Código de Disposición	Sector Económico
Fecha	Código de Suplidor		
Nombre (en caso de individuo indique el nombre y ambos apellidos)			
Nombre: _____			
Nombre Corto (hasta 10 caracteres): _____			
Dirección Principal: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
Teléfono: _____		Fax: _____	
Correo Electrónico: _____			
Si la Factura o Remitente coincide con la dirección principal, sólo marque el encasillado			
<input type="checkbox"/> ORDENAR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> FACTURAR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
<input type="checkbox"/> REMITIR A:	Fecha de Efectividad: _____		
Dirección: _____			
Ciudad: _____		País: _____	Código Postal: _____
*Para Pagos Alternos de: <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"/> Fax	<input type="checkbox"/> Telefono	<input type="checkbox"/> Correo	<input type="checkbox"/> EDI
Método de Pago Deseado:			
<input type="checkbox"/> Retención de Pago	<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> EFT	<input type="checkbox"/> Manual
<input type="checkbox"/> Preparar Pagos Separados	<input type="checkbox"/> Plan de Pago	<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Pago con Descuento			
Para Uso de la Agencia		Para Uso del Suplidor	
Certifico que la información suministrada es correcta.		Certifico que la información suministrada es correcta.	
Fecha	Nombre y Firma Jefe, Agencia o Rep. Aut.	Teléfono	
Fecha	Nombre y Firma del Suplidor	Teléfono	
Para Uso del Departamento de Hacienda			
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.