**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 adultos  Favor 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***