



PRE - INSCRIPCIÓN PROVEEDORES

(*) Datos obligatorios

ADHESIÓN AL SISTEMA DE COMPRAS ONLINE (SCO)

* ACEPTO RESOLUCIÓN N° 167 -ISJ-D-2017

SI
☐

NO
☐

* ACEPTO REGLAMENTO COMPRAS ONLINE

SI
☐

NO
☐

DATOS DE LA EMPRESA / PERSONA

DETALLE

* RAZÓN SOCIAL

* NOMBRE DE FANTASÍA

* ☐ PERSONA FÍSICA

☐ PERSONA JURÍDICA

* NÚMERO DE CUIT / CUIL

Solo en caso de poseerlo

Marque lo que corresponda

Ingrese 11 dígitos sin espacios ni guiones

DATOS PERSONA FÍSICA

Completar solo en caso que el Tipo de Proveedor sea "Persona Física".

DETALLE

* NOMBRES

* APELLIDOS

* TIPO / N° DE DOCUMENTO

* ESTADO CIVIL

* FECHA DE NACIMIENTO

día	mes	año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* NACIONALIDAD

CORREO ELECTRÓNICO

Tipo e-mail.

DETALLE

* ☐ CONTACTO

☐ ALTERNATIVO

☐ ALTERNATIVO

☐ ALTERNATIVO



PRE - INSCRIPCIÓN PROVEEDORES

(*) Datos obligatorios

* CATEGORÍA	DETALLE
<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	Detalle de Productos
<input type="checkbox"/> PROTESIS / ORTESIS / PROD. MÉDICOS	Detalle de Productos
<input type="checkbox"/> COMPRAS VARIAS	Detalle de Productos

DOMICILIO COMERCIAL / FISCAL	DETALLE
* PAÍS	
* PROVINCIA	
* PARTIDO	
* LOCALIDAD	
* CALLE / N° DE CALLE	
PISO	
* CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO	
* <input type="checkbox"/> CONTACTO	
<input type="checkbox"/> ALTERNATIVO	
<input type="checkbox"/> FAX	



PRE - INSCRIPCIÓN PROVEEDORES

(*) Datos obligatorios

DOMICILIO LEGAL		DETALLE
* PAÍS	<input type="text"/>	
* PROVINCIA	<input type="text"/>	
* PARTIDO	<input type="text"/>	
* LOCALIDAD	<input type="text"/>	
* CALLE / N° DE CALLE	<input type="text"/>	
PISO	<input type="text"/>	
* CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>	
TELÉFONO	<input type="text"/>	
* <input type="checkbox"/> CONTACTO	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ALTERNATIVO	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> FAX	<input type="text"/>	

REGISTRO DE PROVEEDORES Y CONTRATISTA DEL ESTADO		DETALLE													
* RESOLUCIÓN N°	<input type="text"/>														
* DESDE / HASTA	<table><tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td><td>-</td><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>		día	mes	año	-	día	mes	año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
día	mes	año	-	día	mes	año									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>									

AFIP / DGI		DETALLE
* CONDICIÓN I.V.A.	<input type="text"/>	
* CONDICIÓN GANANCIAS	<input type="text"/>	
* CONDICIÓN EMPLEADOR	<input type="text"/>	



PRE - INSCRIPCIÓN PROVEEDORES

(*) Datos obligatorios

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE RENTAS		DETALLE						
* I.B. NÚMERO / C.M. N°	<input type="text"/>							
* CÓDIGO ACTIVIDAD / ALICUOTA I.B.	<input type="text"/>							
* CÉDULA FISCAL / VENCIMIENTO CED. FISCAL	<input type="text"/> - <table><tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	día	mes	año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
día	mes	año						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
* CONST. REG. FISCAL N° / VTO. CONST. REG. FISCAL	<input type="text"/> - <table><tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	día	mes	año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
día	mes	año						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

COBRANZAS		DETALLE												
BENEFICIARIO CHEQUE	<input type="text"/>													
* AUTORIZACIÓN COBRO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Marque lo que corresponda												
* NOMBRES	<input type="text"/>	Completar solo en caso que Autorización Cobro sea "SI"												
* APELLIDOS	<input type="text"/>	Completar solo en caso que Autorización Cobro sea "SI"												
* TIPO / N° DE DOCUMENTO	<input type="text"/>	Completar solo en caso que Autorización Cobro sea "SI"												
* FECHA INICIO / FECHA FIN	<table><tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> - <table><tr><td>día</td><td>mes</td><td>año</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	día	mes	año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	día	mes	año	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Completar solo en caso que Autorización Cobro sea "SI"
día	mes	año												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
día	mes	año												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR		DETALLE
* Copia Inscripción Dirección Provincial de Rentas.		
* Copia Inscripción AFIP / DGI.		
* Copia Inscripción Registro Prov. Estado o Constancia de Inscripción.		
Copia Habilitación Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy para la venta de medicamentos y/o productos médicos.		En caso de corresponder
Copia Certificado de la Comisión de Compre Jujeño según Ley N° 5185.		En caso de corresponder

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que la información consignada precedentemente y la documentación presentada revisten carácter de Declaración Jurada. Asimismo, me responsabilizo de su veracidad, me comprometo a facilitar su verificación e informar cualquier modificación atinente a estos datos.