OIM
ONU MIGRACIÓN

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE PROVEEDORES

No. De proveedor _____
A rellenar por OIM

Nombre y CIF*: _____

Otros nombres/Acrónimos _____

Dirección*

Vía _____
Número _____
ZIP/Código postal* _____
Ciudad* _____
Provincia* _____
País* _____

Información de contacto

Teléfono: _____ Persona de contacto _____
Correo electrónico _____ Puesto _____
Página web _____

Sector*

- [ ] 0100 - Proveedores comerciales
- [ ] 0200 - Org. Sociedad civil - Nacionales
- [ ] 0300 - Organismos gubernamentales
- [ ] 0400 - Org. Sociedad civil - Internacionales
- [ ] 0500 - Org. internacionales - No NNUU
- [ ] 0600 - Organismos de NNUU
- [ ] 0005 - Consultor individual/fuera de plantilla

Observaciones

Los campos marcados con * son obligatorios. El formulario podrá ser devuelto si hay campos vacios/incorrectos o en el formato equivocado (ej. código postal).

Nombre de la empresa - debe corresponder al nombre registrado oficialmente.

En caso de espacio insuficiente, utilice la sección "Información adicional"

Tipo de negocio*:

- [ ] Productor directo/Fabricante
- [ ] Distribuidor/Proveedor de servicios

Proveedor internacional de bienes y servicios*: [ ] Sí [ ] No

Inclusiva*: [ ] Sí [ ] No aplica

Creada/liderada por mujeres*

- [ ] Más del 51% creada/liderada por mujeres
- [ ] Menos del 51% creada/liderada por mujeres
- [ ] No aplica

Sectores productivos (marque todos los que apliquen)*

- [ ] Agricultura, ganadería y pesca
- [ ] Productos químicos
- [ ] Textil y equipaje
- [ ] Construcción
- [ ] Consultoría y contrataciones
- [ ] Finanzas y administración
- [ ] Alimentario
- [ ] Carburantes y derivados
- [ ] Mobiliario
- [ ] Hostelería y eventos
- [ ] Aseguradoras
- [ ] Comunicaciones e IT
- [ ] Inmobiliario
- [ ] Formación, aprendizaje y ocio
- [ ] Servicios jurídicos y de investigación
- [ ] Logística y almacenamiento
- [ ] Impresión y medios
- [ ] Sanitario
- [ ] NFIs – Refugios y campamentos
- [ ] Material de oficina y suministros
- [ ] Cuidado personal
- [ ] Electricidad
- [ ] Control de calidad y medio ambiente
- [ ] Seguridad
- [ ] Servicios sociales y humanitarios
- [ ] Tickets
- [ ] Herramientas y maquinaria
- [ ] Automóviles y accesorios

UNGM No. _____ https://www.ungm.org/UNUser/Home
Ref. Portal de Socios de NNUU _____ https://www.unpartnerportal.org
Fecha de registro _____ *Principal país de operaciones (dd-mmm-yyyy)*

Tipo de licencia _____ **No. licencia:** _____ **Registro:** _____ **Caducidad:** _____
Para licencias adicionales, utilice la sección "Información adicional" *dd-mmm-yyyy* *dd-mmm-yyyy*

Entidades socias (indique si existen cuentas de interlocutores comerciales ya registrados con OIM. *Formato: Número de cuenta-Nombre*)

Misma entidad registrada en otra oficina _____
Empresa matriz _____
Filiales/sucursales _____

Información adicional:

_____
_____
_____
_____

OIM
ONU MIGRACIÓN

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE PROVEEDORES

Sección II: Pago e información bancaria

Detalles del pago

Método de pago* ☐ Transferencia bancaria ☐ Cheque** ☐ Efectivo** ☐ Otros** _____

Explicación del uso de un método de pago no bancario** _____

Observaciones

La divisa del pago DEBE estar claramente marcada para evitar cargos bancarios adicionales y/o retrasos en los pagos.
Los métodos de pago no bancarios requieren justificación.

Información bancaria (obligatorio en caso de pago por transferencia):

Nombre del banco _____
Calle/edificio _____
Ciudad _____
Código postal _____
País _____
Nombre del titular de la cuenta _____
Código del banco _____
Moneda de pago _____
No. de cuenta _____

*Según el país _____

Código Swift/BIC (cuentas fuera de EEUU) _____
No. IBAN (obligatorio para bancos en Europa) _____
No. De Clearing (cuentas en CHF en Suiza) _____
No. ABA para ACH (cuentas en USD en EEUU) _____
Código sucursal bancaria _____

Observaciones

En caso de múltiples cuentas bancarias, añada una página e indique la cuenta bancaria a usar por defecto.

En caso de adjudicación, presente CIF/registro, cód. de conducta de proveedores de OIM firmado y certificado de información bancaria

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta. También autorizo a la OIM a validar toda las aclaraciones con las autoridades competentes.

Nombre	Firma
Puesto	Fecha