

Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico/*Puerto Rico Electric Power Authority*
 División de Suministros/*Materials Management Division*
 Apartado 70151 Correo General/*PO Box 70151*
 San Juan, Puerto Rico 00936
www.aeepr.com/www.prepa.com

FORMULARIO REGISTRO DE PROVEEDORES
VENDOR REGISTRATION FORM

Nombre de la Compañía/ Business Name					
Nombre Comercial (si alguno) de la compañía/Abbreviated Name					
Número de Vendedor(si aplica)/ Vendor Number (If applicable)					
Dirección Postal/Mailing Address					
Dirección física de oficina principal/ Main office street address					
Teléfonos/Phone numbers			Fax number		
Dirección página Internet/ Website URL					
Número DUNS/DUNS ID					
Tipo de Suplidor/Supplier Type	<input type="checkbox"/> Corporación <i>Corporate</i>	<input type="checkbox"/> Sociedad <i>Partnership</i>	<input type="checkbox"/> Individuo <i>Individual</i>	<input type="checkbox"/> Cooperativa <i>Cooperative</i>	<input type="checkbox"/> Foránea <i>Foreign</i>
Si está Incorporado, especifique el estado/ If incorporated, specify State					
Año en que comenzó operaciones/ Year Started					
Número de Seguro Social Patronal o Seguro Social Personal/ Tax ID or Social Security number					
Información del Representante de la Compañía/Information Company Representative					
Nombre/Name					
Título/Title					
Dirección de correo electrónico/Email					
Teléfonos/ Phone number					
Celular/Cell Phone number					
Licitadores extranjeros/ Foreign vendors <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No (De contestar afirmativamente, favor indicar información del representante legal en Puerto Rico/ If you answered yes, please provide information of legal representative in Puerto Rico:)					
Nombre/Name					
Nombre de la compañía/ Business Name					
Dirección Postal/ Mailing Address					
Dirección de correo electrónico/Email					
Teléfonos/ Phone number		Celular/Cell Phone number			

**Información de Personas Autorizadas a firmar y hacer gestiones en la AEE/
Information of representatives Authorized to sign and conduct business with PREPA**

Nombre/Name	
Título/Title	
Dirección de correo electrónico/Email	
Teléfonos/ Phone number	
Celular/Cell Phone number	
Autorización/Authorized	<input type="checkbox"/> Firmar Propuestas/ <i>Sign Proposals</i>
Nombre/Name	
Título/Title	
Dirección de correo electrónico/Email	
Teléfonos/ Phone number	
Celular/Cell Phone number	
Autorización/ Authorized	<input type="checkbox"/> Firmar Propuestas/ <i>Sign Proposals</i>
Nombre/Name	
Título/Title	
Dirección de correo electrónico/Email	
Teléfonos/ Phone number	
Celular/Cell Phone number	
Autorización/ Authorized	<input type="checkbox"/> Firmar Propuestas/ <i>Sign Proposals</i>

Especifique si su compañía está o ha estado involucrada en algún caso judicial significativo, reclamaciones, demandas pendientes o existentes. / <i>Specify whether your company is or has been involved in any significant court case, claims, pending lawsuits.</i>	<input type="checkbox"/> Si Yes	<input type="checkbox"/> No No
Especifique si su compañía o alguno de los oficiales principales ha sido objeto de investigación por el SEC u otro organismo gubernamental (Federal/Estatal). / <i>Specify if your company or any of its principal officers has been under investigation by the SEC or other governmental agency (Federal / State)</i>	<input type="checkbox"/> Si Yes	<input type="checkbox"/> No No
Especifique si su compañía está involucrada en algún proceso de quiebra o de reorganización: / <i>Specify whether your company is involved in any type of bankruptcy or reorganization:</i>	<input type="checkbox"/> Si Yes	<input type="checkbox"/> No No
Si la contestación es afirmativa para alguna de las preguntas anteriores, favor explicar: / <i>If the answer is yes to any of the above questions, please explain:</i>		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

OSHA

Año Year	# de Empleados # of Employees	Casos Fatales Fatality Cases	Casos días de trabajo perdidos Lost Workday Cases	Otros casos registrables Other Reportable Cases	Multas / violaciones Citations/Violations

Clasificación de Negocio
Business Classification

¿Está su compañía clasificada en alguna de las categorías de *Diversity-Owned Company*?
Is your company a diversity-owned company?

Sí/Yes No

Si su contestación es afirmativa, marque todas las categorías que le apliquen:
If yes, please check all applicable diversity categories below:

Códigos de Clasificación de Negocios/*Business Classifications Codes*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 001 Small Business- Man (PYME) | <input type="checkbox"/> 010 Veteran Small Bus –Woman |
| <input type="checkbox"/> 002 Medium Business-Man (PYME) | <input type="checkbox"/> 011 Veteran Medium Bus-Woman |
| <input type="checkbox"/> 003 Large Bus-Man | <input type="checkbox"/> 012 Veteran Large Bus-Woman |
| <input type="checkbox"/> 004 Small Bus-Woman | <input type="checkbox"/> 013 Veteran Disab Small Bus-Man |
| <input type="checkbox"/> 005 Medium Bus-Woman | <input type="checkbox"/> 014 Veteran Disab Medium Bus-Man |
| <input type="checkbox"/> 006 Large Bus-Woman | <input type="checkbox"/> 015 Veteran Disab Large Bus-Man |
| <input type="checkbox"/> 007 Veteran Small Bus-Man | <input type="checkbox"/> 016 Veteran Disab Small Bus-Woman |
| <input type="checkbox"/> 008 Veteran Medium Bus-Man | <input type="checkbox"/> 017 Veteran Disab Medium Bus-Woman |
| <input type="checkbox"/> 009 Veteran Large Bus-Man | <input type="checkbox"/> 018 Veteran Disab Large Bus-Woman |

Certificación/ *Certification*

Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en este documento, anejos y otros documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. / *I declare under penalty of perjury that the information included in this document, annexes and accompanying documents, has been examined by me and that it is true, correct and complete.*

Nombre/Name:

Título/Title:

Fecha/Date:

Firma/Signature: