



# INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES

Código: FO-BS-07

Versión: 01

Fecha: Septiembre 16 de 2015

FECHA: DD MM AA

INSCRIPCIÓN ACTUALIZACIÓN DE DATOS 

NOTA: Para diligenciar el formato para inscripción de proveedores favor no dejar espacios sin marcar, en casos donde no aplique rotular N.A.

## 1. IDENTIFICACION DEL PROVEEDOR

<b>NATURALEZA JURÍDICA:</b> <input type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Persona Jurídica	
<b>TIPO DE SOCIEDAD (No aplica para persona natural)</b> <input type="checkbox"/> Sociedad Limitada <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Empresa Estatal <input type="checkbox"/> Empresa Unipersonal <input type="checkbox"/> SAS	
<input type="checkbox"/> Sucursal Colombia Empresa Extranjera <input type="checkbox"/> Empresa Extranjera Código CIU <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Otra Cual? <input type="text"/>	
<b>SEDE PRINCIPAL</b>	
<b>NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL:</b>	<b>C.C. O NIT:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>	
<b>CIUDAD:</b>	<b>DEPARTAMENTO:</b>
<b>TELÉFONO (PRINCIPAL):</b>	<b>OTROS:</b>
<b>EMAIL:</b>	<b>CELULAR:</b>
<b>SUCURSALES</b>	
<b>CIUDADES</b>	

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA

<b>Actividad económica principal</b>	<b>Código DIAN</b>
<b>Actividad económica secundaria</b>	<b>Código DIAN</b>
<b>Otra actividad económica</b>	<b>Código DIAN</b>
<b>TIPOS DE DESCUENTOS:</b>	<b>Por pronto pago:</b>
<b>Plazo máximo de vencimiento de facturas</b>	<input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> + de 60 días <input type="checkbox"/> Otro
<b>Por Volumen:</b>	<b>Promociones</b>
<b>Otros</b>	<b>Cuál:</b>

## 3. DATOS DEL GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL

<b>NOMBRE DEL GERENTE</b>	Documento de Identificación	
	Teléfono Directo	
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL</b>	Documento de Identificación	
	Teléfono Directo	
	e-mail	
<b>NOMBRE DEL REPRESENTANTE COMERCIAL</b>	Teléfono de Contacto	
	e-mail	
<b>PERSONAS DE CONTACTO</b>		
<b>ÁREA</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>
TÉCNICA		
COMERCIAL		
	<b>TELÉFONO DIRECTO</b>	<b>E-MAIL</b>

## 4. SERVICIO AL CLIENTE

<b>OFRECE SERVICIO TECNICO DE ASESORIA</b> <input type="checkbox"/>	<b>MANEJA STOCK PARA ENTREGA INMEDIATA</b> <input type="checkbox"/>
<b>OFRECE SERVICIO DE MANTENIMIENTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>SUMINISTRA EL MATERIAL EN LA DIRECCIÓN DEL CLIENTE</b> <input type="checkbox"/>

## 5. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

<b>RESPONSABLE IMPUESTO A LAS VENTAS</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>RETENCIÓN EN LA FUENTE</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>GRAN CONTRIBUYENTE</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>AUTORETENEDOR</b>
Resolución No. _____	Resolución No. _____
<b>RÉGIMEN</b>	<b>OTROS</b>
RÉGIMEN COMÚN <input type="checkbox"/>	OBLIGADO A DECLARAR RENTA <input type="checkbox"/>
RÉGIMEN SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/>	OBLIGADO A DECLARAR INGRESO Y PATRIMONIO <input type="checkbox"/>
Excluido del iva <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD ECONÓMICA No. <input type="checkbox"/>
Exento de Iva <input type="checkbox"/>	

## 6. GESTIÓN DE CALIDAD

<b>LA COMPAÑÍA DISPONE DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD CERTIFICADO ?</b>	SI	NO
<b>EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE TABLA Y ANEXAR COPIA DE CERTIFICACIÓN:</b>		
Su empresa cuenta con certificado de calidad vigente expedido por un organismo acreditado?		
Sus servicios o productos tienen certificado de calidad del Icontec o Similar?		
Cuenta con un SGC en implementación ?		
Su empresa o sus productos cumplen con algún estandar ISO diferente de los anteriores ?		

VIGILADO SuperSubsidio



# INSCRIPCION DE PROVEEDORES

Código: FO-BS-07

Versión: 01

Fecha: Septiembre 16 de 2015

## 7. INFORMACIÓN FINANCIERA

### INFORMACIÓN BANCARIA

BANCO	SUCURSAL	CUENTA No.	TIPO DE CUENTA	CIUDAD
			Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
			Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	

(Representante Legal)

Yo \_\_\_\_\_, mayor de edad y vecino de \_\_\_\_\_, identificado con No. \_\_\_\_\_ expedida en \_\_\_\_\_, en calidad de Representante Legal de la Empresa \_\_\_\_\_, hago constar que la información suministrada es válida y autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Chocó "COMFACHOCO" para consignar en las cuentas anteriormente mencionadas, los valores correspondientes a las facturas o cuentas de cobro a mi favor por los diferentes contratos u órdenes de compra celebrados con la Caja de Compensación Familiar del Chocó "COMFACHOCO". Cualquier modificación será notificada oportunamente y exoneró a la Caja de Compensación del Chocó "COMFACHOCO" de responsabilidad por error en el suministro de la información.

## 8. AUTORIZACION PARA CONSULTA CENTRAL DE RIESGOS

Autorizo a la Caja de Compensación Familiar del Chocó "COMFACHOCO" para que con fines estadísticos, de control, de supervisión y de información comercial solicite información sobre nuestras relaciones comerciales con otras entidades. Las consecuencias de dicha autorización, será la consulta de datos financieros en las centrales de riesgo que manejan bases de datos de información financiera, pudiendo conocer nuestro comportamiento presente y pasado relacionado con el cumplimiento o incumplimiento de nuestras obligaciones con otras entidades.

## 9. REFERENCIAS COMERCIALES

### PRINCIPALES CLIENTES

	NOMBRE EMPRESA	CIUDAD	PAÍS	CONTACTO NOMBRE/CARGO	TELÉFONO	VALOR CONTRATADO
1						
2						
3						
4						

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL PRESENTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CONOZCO LAS SANCIONES LEGALES EN EL CASO DE FALSEDAD EN LOS DATOS AQUÍ CONTENIDOS

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

CIUDAD Y FECHA

La información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el representante legal.

## ASPECTOS GENERALES

- La Caja de Compensación Familiar del Chocó COMFACHOCÓ, se reserva el derecho de aceptar a las personas naturales o jurídicas que considere aptas para ser inscritas en el Registro de Proveedores. El diligenciamiento de este documento no los incluye como proveedores de la Caja de Compensación Familiar del Chocó COMFACHOCÓ ni es una invitación a cotizar.
- El proveedor deberá anexar al presente formulario, según su naturaleza jurídica:

### Persona Jurídica

#### Documentación Básica

a. Fotocopia del Rut, b. Certificado de existencia y representación legal y/o Cámara de Comercio con fecha de expedición no mayor a 30 días. c. Fotocopia de la CC del representante legal, d. Constancia de afiliación a una caja de Compensación familiar, e. Certificado de Afiliación y pago a la seguridad social, f. Certificado de antecedentes disciplinarios y fiscales, g. Estados financieros del último año, h. Declaración de renta, i. Registro único de proponentes, j. Manifestación por escrito de Inhabilidades e Incompactibilidades con la Caja de Compensación Familiar del Chocó.

#### Documentación opcional

Referencia comercial y referencia bancaria

### Persona Natural

#### Documentación Básica

a. Fotocopia del rut, b. Fotocopia de la C. C. de la persona natural, c. Cámara de comercio actualizada si es comerciante, d. Constancia de afiliación a una caja de Compensación familiar, e. Certificado de Afiliación y pago a la seguridad social, f. Certificado de antecedentes disciplinarios y fiscales, g. Estados financieros del último año, h. Declaración de renta, i. Registro único de proponentes, j. Manifestación por escrito de Inhabilidades e Incompactibilidades con la Caja de Compensación Familiar del Chocó.

#### Documentación opcional

Referencia bancaria y Referencia comercial

- Este formulario deberá diligenciarse y entregarse con los documentos solicitados a las siguientes personas y en la Dirección anotada:

Señores:  
Caja de Compensación Familiar del Chocó "COMFACHOCO"  
Atn: WILLIAM CÓRDOBA CÓRDOBA O JENECITH BENITEZ HEREDIA  
Subdirector Administrativo-Coordinadora de la Unidad de Compras  
Calle 23 Nro. 4-31  
Quibdó Chocó

- Cualquier información adicional o inquietud favor dirigirla a la siguiente dirección de correo electrónico: subadministrativa@comfachoco.com.co ó compras@comfachoco.com.co

- En caso de ser aceptado como proveedor de la Caja de Compensación Familiar del Chocó - "COMFACHOCÓ", la información solicitada debe ser actualizada Anualmente; todo cambio debe ser informado en su momento relativos a los datos suministrados. La empresa que no actualice su información podrá ser retirada del registro de proveedores.

VIGILADO SuperSubsidio