	<b>FORMATO DE INSCRIPCION DE PROVEEDORES</b>	Código: F-SG-07
		Fecha: 19-11-2024
<b>ELABORO/ ACTUALIZO</b>	<b>REVISO</b>	Versión: 03
		Página 1 de 5
Jefe Departamento II Servicios Generales	Analista y/o Profesional Senior 5	Comité de Calidad

TIPO DE SOLICITUD	
<input type="checkbox"/> Solicitud de inscripción	<input type="checkbox"/> Actualización de datos

1. INFORMACIÓN BÁSICA						
a. Nombre o razón social				b. Persona	<input type="checkbox"/> Natural	<input type="checkbox"/> Jurídica
c. Tipo de identificación	<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> CC.	<input type="checkbox"/> Otro, cuál? _____	d. Número		
e. Representante legal				f. CC. No		
g. Ciudad			h. Dirección			
i. Barrio			j. Teléfono(s)			k. Celular
l. e-mail			m. Página Web			


2. DATOS REPRESENTANTE COMERCIAL					
a. Nombre del representante comercial					
b. Ciudad			c. Dirección		
d. Barrio			e. Teléfono(s)		
g. Tel. Whatsapp			h. e-mail		
f. Celular					

3. INFORMACION TRIBUTARIA					
a. Régimen al que pertenece:	<input type="checkbox"/> Común		<input type="checkbox"/> Simplificado		<input type="checkbox"/> Exento
b. ¿Gran contribuyente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Resolución No	Fecha resolución	dd mm aa
c. ¿Autorretenedor en la Fuente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Resolución No	Fecha resolución	dd mm aa
d. ¿Autorretenedor IVA?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Resolución No	Fecha resolución	dd mm aa

4. INFORMACION BANCARIA						
a. Entidad bancaria				b. Tipo de cuenta	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorros
c. Número de cuenta			d. Titular de la cuenta			
e. CC. o NIT del titular			f. e-mail para información			

5. FORMA DE PAGO Y DESCUENTOS					
a. Forma de pago	<input type="checkbox"/> Contado	<input type="checkbox"/> 30 días	<input type="checkbox"/> 60 días	<input type="checkbox"/> 90 días	<input type="checkbox"/> Otra, Cual? _____
b. ¿Dctos comerciales?	<input type="checkbox"/> Si; ¿Cuáles? _____			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
c. ¿Dctos financieros?	<input type="checkbox"/> Si; ¿Cuáles? _____			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica
d. ¿Otros descuentos?	<input type="checkbox"/> Si; ¿Cuáles? _____			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplica

6. RESPALDO Y EXPERIENCIA				
a. Registre la información de sus tres clientes más importantes:				
No	Empresa	Contacto	Teléfono	Tiempo como proveedor
1				
2				

	<b>FORMATO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> F-SG-07
	<b>PROCESO SERVICIOS GENERALES</b>	<b>Fecha:</b> 19-11-2024
<b>Versión:</b> 03		
<b>Página</b> 2 de 5		
<b>ELABORO/ ACTUALIZO</b>	<b>REVISO</b>	<b>APROBÓ</b>
Jefe Departamento II Servicios Generales	Analista y/o Profesional Senior 5	Comité de Calidad


3			
b. Tiempo que lleva en el mercado			

7. TIPO DE PROVEEDOR					
a. Actividad	<input type="checkbox"/> Fabricante	<input type="checkbox"/> Representante	<input type="checkbox"/> Distribuidor	<input type="checkbox"/> Distribuidor exclusivo	<input type="checkbox"/> Contratista
b. Tipo	<input type="checkbox"/> Organización	<input type="checkbox"/> Persona	b. ¿Es Afiliado a COMFASUCRE?		<input type="checkbox"/> Sí; Código: _____ <input type="checkbox"/> No

8. LINEAS DE SUMINISTRO	
Describa brevemente los productos y/o servicios que ofrece	
1.	
2.	
3.	
4.	

9. DOCUMENTOS BÁSICOS REQUERIDOS	Persona u organización
1. Fotocopia legible del RUT	
2. Original certificado de existencia y representación legal (vigencia de tres meses) o personería jurídica según aplique.	
3. Fotocopia cédula del representante legal	
4. Portafolio de servicios	
5. Antecedentes disciplinario, fiscales y policiales (Menor a tres meses)	
6. Balance general o estados financieros comparativos firmados en original o firma digital certificada a corte de 31 de diciembre del año anterior.	

10. REQUISITOS PARTICULARES POR LÍNEA DE SUMINISTRO	
Si provee algunos de los siguientes productos y/o servicios, debe adjuntar adicionalmente los documentos que se relacionan.	
Líneas de suministro	Documentación requerida
1. Material médico-quirúrgico, material odontológico, Medicamentos	Certificado de Capacidad de Producción, cuando aplique
2. Material Ortopédico y Componentes Biológicos	Licencia de Funcionamiento Emitida por la entidad competente
3. Alimentos y bebidas	Concepto Sanitario Favorable emitido por la Secretaría de Salud y Medio Ambiente
4. Transporte de pasajeros aéreo	Registro Nacional de Turismo
5. Transporte de pasajeros terrestre local e intermunicipal	Autorización del Ministerio de Transporte y licencias de operación cuando aplique, radicación del Plan Estratégico de Seguridad Vial
6. Traslado asistencial de Pacientes	Certificación de cumplimiento de requisitos de habilitación o inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, radicación del Plan Estratégico de Seguridad Vial

	<b>FORMATO DE INSCRIPCION DE PROVEEDORES</b>	Código: F-SG-07
		Fecha: 19-11-2024
<b>ELABORO/ ACTUALIZO</b>	<b>PROCESO SERVICIOS GENERALES</b>	Versión: 03
		Página 3 de 5
<b>REVISO</b>	<b>APROBÓ</b>	
Jefe Departamento II Servicios Generales	Analista y/o Profesional Senior 5	Comité de Calidad


7. Vigilancia / Seguridad	Licencia de funcionamiento expedida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada
8. Fumigaciones	Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Medio Ambiente
9. Recolección y tratamiento final de residuos hospitalarios	Concepto Técnico Favorable de la Secretaría de Salud y Ambiente, Licencia Ambiental, Aprobación del Componente Externo del Plan de Gestión de Residuos
10. Servicios de Construcción - remodelación	Registro de proponentes en el cual se certifique las capacidades de contratación, Matrícula profesional o Certificado COPNIA según aplique
11. Servicio de Alimentación	Concepto Sanitario Favorable emitido por la Secretaría de Salud y Medio Ambiente
12. Alojamiento	Registro Nacional de Turismo, Licencia de Funcionamiento
13. Metrología	Certificados de Patrones calibrados con trazabilidad y protocolos de calibración

**11. COMENTARIOS ADICIONALES:**

Al diligenciar este documento, autorizo de manera previa, expresa e inequívoca a la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE COMFASUCRE a dar tratamiento de mis datos personales y/o de los datos personales del menor de edad o persona con discapacidad cognitiva que represento aquí consignados, para que sean almacenados, usados, circulados o suprimidos, conforme a las finalidades incorporadas en la Política de Tratamiento de la Información, igualmente declaro haber informado a los titulares beneficiarios y/o dependientes que usaré sus datos personales para entregarlos a Comfasucure y que cuento con la autorización de estos para que se de tratamiento conforme a las finalidades consignadas en la mencionada Política. También declaro conocer que para el ejercicio de mis derechos, que se me ha advertido la posibilidad de oponerme al tratamiento de datos sensibles, a lo cual manifiesto mi autorización expresa para su tratamiento.

Certifico que la información suministrada en el presente formato, así como los documentos de soporte exigidos son veraces. También autorizo a COMFASUCRE para que a través de la utilización de sistemas de transferencia electrónica de fondos, abone a la cuenta citada en el numeral 4 del presente formulario el pago de las acreencias.

**Firma y Sello del Gerente o Representante Legal**

	<b>FORMATO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> F-SG-07
	<b>PROCESO SERVICIOS GENERALES</b>	<b>Fecha:</b> 19-11-2024
		<b>Versión:</b> 03
		<b>Página 4 de 5</b>
<b>ELABORO/ ACTUALIZO</b>	<b>REVISO</b>	<b>APROBÓ</b>
Jefe Departamento II Servicios Generales	Analista y/o Profesional Senior 5	Comité de Calidad

### INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

El formulario debe diligenciarse en su totalidad, en computador o letra legible. Tanto los requisitos básicos como los requisitos particulares por línea de suministro exigidos son de presentación obligatoria. No se recibirán formularios de inscripción con información incompleta o sin los debidos soportes. El formulario junto con los documentos requeridos deben ser enviados a COMFASUCRE, Dpto. de Servicios Generales, Sede Administrativa: Calle 28 No 25B-50 piso 2

El diligenciamiento y entrega del presente formulario no representa compromiso alguno entre COMFASUCRE y el interesado.

Lea atentamente las siguientes instrucciones antes de diligenciar el FORMULARIO INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES. A

continuación se presenta una breve explicación de cada uno de los numerales y literales que conforman el formulario:

#### 1. INFORMACIÓN BÁSICA

- Nombre o razón social:* registre el nombre de la organización o persona.
- Persona:* Seleccione Persona natural o jurídica según el caso.
- Tipo de identificación:* Seleccione NIT o cédula de ciudadanía según el caso.
- Número:* registre el número de identificación según la selección del numeral c.
- Representante legal:* Si seleccionó persona jurídica en el literal (b.) registre el nombre del representante legal
- C.C. No:* Registre el número de cédula del representante legal de la empresa
- Ciudad:* Registre la ciudad donde se encuentra radicada la organización o persona
- Dirección:* Registre la dirección de la organización o persona
- Barrio:* Registre el barrio que corresponde a la dirección registrada en el literal anterior
- Teléfono(s):* Registre los teléfonos de contacto
- Fax:* Registre el número de fax
- E-mail:* Si cuenta con e-mail regístrelo en este literal
- Página Web:* Si cuenta con página Web regístrela en este literal

#### 2. DATOS REPRESENTANTE COMERCIAL: Si la empresa cuenta con representante o asesor comercial diligencie los literales relacionados en este numeral

- Nombre del representante comercial:* Registre el nombre del contacto, representante o asesor comercial que atenderá los requerimientos que la Caja realice a su empresa
- Ciudad:* Registre la ciudad donde se encuentra radicado el representante comercial
- Dirección:* Registre la dirección del representante comercial
- Barrio:* Registre el barrio que corresponde a la dirección registrada en el literal anterior
- Teléfono(s):* Registre los teléfonos de contacto
- Fax:* Registre el número de fax
- Tel. Whatsapp de representante comercial:* Registre el teléfono con servicio de whatsapp
- E-mail:* Si cuenta con e-mail regístrelo en este literal

#### 3. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

- Régimen al que pertenece:* Seleccione régimen común, simplificado o exento según el caso.
- ¿Gran contribuyente?:* Si es gran contribuyente registre el número y fecha de la resolución que así lo notifica.
- ¿Autorretenedor en la Fuente?:* Si es Autorretenedor en la Fuente registre el número y fecha de la resolución que así lo notifica.
- ¿Autorretenedor IVA?:* Si es Autorretenedor de IVA registre el número y fecha de la resolución que así lo notifica.


#### 4. INFORMACIÓN BANCARIA: Información relacionada sólo con cuentas bancarias.

- Entidad bancaria:* Registre la razón social de la entidad bancaria donde se realizarían los pagos de las acreencias
- Tipo de cuenta:* Seleccione corriente o ahorros según el caso
- Número de cuenta:* Seleccione el número de cuenta donde se realizarían los pagos de las acreencias
- Titular de la cuenta:* Registre el nombre o razón social que figura como titular de la cuenta
- CC. o NIT del titular:* Registre el número de identificación del titular de la cuenta según corresponda
- e-mail para información:* Registre el e-mail para el envío de información sobre transferencias

#### 5. FORMA DE PAGO Y DESCUENTOS

- Forma de pago:* Seleccione la opción según el caso.

ESTE DOCUMENTO ES PROPIEDAD DE COMFASUCRE PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN POR CUALQUIER MEDIO,  
SIN AUTORIZACIÓN ESCRITA DE LA OFICINA DE CALIDAD  
COPIA CONTROLADA

	<b>FORMATO DE INSCRIPCION DE PROVEEDORES</b>	<b>Código:</b> F-SG-07
	<b>PROCESO SERVICIOS GENERALES</b>	<b>Fecha:</b> 19-11-2024
		<b>Versión:</b> 03
		<b>Página 5 de 5</b>
<b>ELABORO/ ACTUALIZO</b>	<b>REVISO</b>	<b>APROBÓ</b>
Jefe Departamento II Servicios Generales	Analista y/o Profesional Senior 5	Comité de Calidad

- b. *¿Dctos comerciales?:* Seleccione la opción según el caso. Si ofrece descuentos comerciales (por volumen de ventas) descríbalos en la casilla “¿Cuáles?”. Seleccione No Aplica si no es posible ofrecer descuentos comerciales debido a la naturaleza del negocio.
- c. *¿Dctos financieros?:* Seleccione la opción según el caso. Si ofrece descuentos financieros (por pronto pago) descríbalos en la casilla “¿Cuáles?”. Seleccione No Aplica si no es posible ofrecer descuentos comerciales debido a la naturaleza del negocio.
- d. *¿Otros descuentos?:* Registre los descuentos que ofrece diferentes a los descuentos comerciales y financieros.

## 6. RESPALDO Y EXPERIENCIA

- a. *Registre la información de sus tres clientes más importantes:* La información consignada en esta tabla podrá ser soportada por una carta de seriedad y cumplimiento emitida por cada cliente relacionado. En caso de no soportar esta información, se realizará verificación telefónica
  - Empresa: Razón social de la empresa
  - Contacto: Nombre de la persona que emite la carta de seriedad y cumplimiento.
  - Teléfono: Registre el teléfono de la empresa
  - Tiempo como proveedor: Tiempo que lleva como proveedor de la empresa citada.
- b. *Tiempo que lleva en el mercado:* Registre los años de experiencia que tiene como proveedor en el mercado

## 7. TIPO DE PROVEEDOR

- a. *Actividad:* Seleccione la opción según el caso.
- b. *Tipo:* Seleccione la opción según el caso. Si usted presta sus servicios
- c. *¿Es Afiliado A COMFASUCRE- SUCRE?:* Seleccione la opción según el caso. Si selecciona SI, registre el código de afiliado

**8. LINEAS DE SUMINISTRO:** Describa brevemente en este espacio los cuatro principales productos y/o servicios que ofrece.

**9. REQUISITOS BÁSICOS:** Documentos que debe adjuntar al momento de presentar el formato de inscripción de proveedores.

**10. REQUISITOS PARTICULARES POR LÍNEA DE SUMINISTRO:** Documentos que deben anexarse adicionales a los citados en el numeral 10 según las líneas que suministre registradas en el numeral 9. Cuando se cita el código de una familia, los requisitos aplican a todas y cada una de las clases que hacen parte de dicha familia.

**11. COMENTARIOS ADICIONALES:** Espacio para registrar las observaciones que complementen la información consignada en el formulario.

Si el espacio que ofrece el formulario en algunos de sus numerales no es suficiente para consignar toda la información requerida, anexe una hoja tamaño oficio con la información adicional citando los numerales a los cuales hace referencia. A su vez especifique dentro del formulario en dichos numerales que la información se complementa en el anexo.

El anexo debe llevar el siguiente encabezado:

### ANEXO AL FORMULARIO

Nombre o razón social: \_\_\_\_\_

NIT o C.C. \_\_\_\_\_

Al final del anexo debe ir la firma y sello del representante legal.