

FECHA: DD MM AA

INSCRIPCION

ACTUALIAZACION DE
BASES 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.

NATURALEZA JURÍDICA:
TIPO DE SOCIEDAD (No Aplica Personas Naturales)

PERSONA NATURAL PERSONA JURÍDICA
Sociedad Limitada Sociedad Anonima Empresa Estatal Empresa Unipersonal
SAS Sursal Colombiana Empresa Extranjera

1. IDENTIFICACION DE PROVEEDOR

NOMBRE COMPLETO O		CC O	
DIRECCION		NIT:	
CIUDAD	DEPARTAMENTO	PAIS	
TELEFONO (PRINCIPAL)	OTROS:	FAX:	
EMAIL:	CELULAR	PAGINA WEB:	
SUCURSALES			
CIUDADES			

2. CLASE DE PROVEEDOR

FABRICANTE DISTRIBUIDOR COMERCIALIZADOR OTRO CUAL? _____

POR FAVOR ESPECIFIQUE EL BIEN O SERVICIO QUE OFRECE _____

COBERTURA NACIONAL DEPARTAMENTAL LOCAL ALMACENES A LOS CUALES DISTRIBUYE _____

CAPACIDAD DE DESPACHO A AGENCIAS SI NO GARZON PITALITO LA PLATA

TIEMPO DE ENTREGA DE MERCANCIAS _____ DIAS SERVICIO TECNICO (ELECTRODOMESTICOS) NEIVA GARZON PITALITO LA PLATA GIGANTE

PLAN DE LANZAMIENTO PLAN DE CRECIMIENTO

3. MEDIOS DE PUBLICIDAD

PRENSA RADIO TELEVISION OTRO CUAL? _____

PERSONAL DE APOYO MERCADERISTA IMPULSADORA

4. ACTIVIDAD ECONOMICA

Actividad económica principal	Código DIAN
Actividad económica secundaria	Código DIAN
Descripción de los bienes y/o servicios que suministra	

5. DATOS DEL GERENTE Y REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE GERENTE	Documento de Identificación	Teléfono Directo		
NOMBRE REP LEGAL	Documento de Identificación			
OCUPACION OFICIO O PROFESION REP LEGAL (Personas Naturales)	Teléfono Directo			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO D/M/A (Personas Naturales)	e - mail			
DIRECCION RESIDENCIA REP LEGAL (Personas Naturales)	Teléfono Residencia Repr Legal (Persona Natural)			
NOMBRE DEL REPRESENTANTE COMERCIAL	Teléfono Contacto	e - mail		
PERSONAS DE CONTACTO				
AREA	NOMBRE	CARGO	TELEFONO	E - MAIL
TECNICA				
COMERCIAL				

6. DESCUENTOS

COMERCIAL PERMANENTE INTRODUCCION FINANCIERO ESPECIALES

PORCENTAJE (%) _____ PORCENTAJE (%) _____ PORCENTAJE (%) _____ PORCENTAJE (%) _____

TIEMPO _____ TIEMPO _____ TIEMPO _____ TIEMPO _____

TIPOS DE DESCUENTOS:	Por pronto pago:	Por Volumen:	Promociones	Otros	Cuál:
Plazo máximo de Vencimiento	Contado <input type="checkbox"/>	30 días <input type="checkbox"/>	60 días <input type="checkbox"/>	mas de 60 días <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

7. SERVICIO AL CLIENTE

OFRECE SERVICIO <input type="checkbox"/> OFRECE SERVICIO DE MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> PROVEEDORES PERECEDEROS CADA TRES (3) DIAS <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/>	MANEJA <input type="checkbox"/> SUMINISTRA EL MATERIAL EN LA DIRECCIÓN DEL <input type="checkbox"/> PROVEEDOR ES NO QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/>
--	--

8. MANEJO DEVOLUCIONES

CAMBIO MANO A MANO PORCENTAJE SOBRE LAS COMPRAS OTRO CUAL? _____

9. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

RESPONSABLE IMPUESTO A GRAN CONTRIBUYENTE Resolución No. _____ RÉGIMEN: <input type="checkbox"/> RÉGIMEN COMUN <input type="checkbox"/> RÉGIMEN SIMPLIFICADO <input type="checkbox"/> Excluido de IVA <input type="checkbox"/> Exento de IVA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RETENCION EN LA FUENTE AUTORETENEDOR RESOLUCIÓN NO. _____ OTROS: <input type="checkbox"/> OBLIGADOS A DECLARAR RENTA <input type="checkbox"/> OBLIGADOS A DECLARAR INGRESOS Y PATRIMONIO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

10. MANEJO DE RECURSOS PUBLICOS (PERSONA NATURAL)

POR SU CARGO O ACTIVIDAD MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POR SU CARGO O ACTIVIDAD EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS HA MANEJA RECURSOS PUBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	POR SU CARGO O ACTIVIDAD OSTENTA ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL? _____ POR SU CARGO O ACTIVIDAD EN LOS DOS ULTIMOS AÑOS HA OSTENTADO ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUAL? _____ ES SERVIDOR PUBLICO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

11. REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES

¿REALIZA OPERACIONES INTERNACIONALES? SI NO
 ¿CUÁL?: _____

12. GESTIÓN DE CALIDAD

LA COMPAÑÍA DISPONE DE UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD CERTIFICADO?:		
EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE TABLA Y ANEXAR COPIA DE CERTIFICACIÓN	SI	NO
Su empresa cuenta con un 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 estándar ISO diferente de los anteriores?		
Si la respuesta es si por favor indique cual		

13. SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

LA COMPAÑÍA DISPONE DE UN SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO CERTIFICADO?:		
EN CASO AFIRMATIVO, DILIGENCIAR LA SIGUIENTE TABLA Y ANEXAR COPIA DE CERTIFICACIÓN	SI	NO
Cuenta con certificado de implementación de SG-SST de acuerdo al Decreto 1072/2015 vigente expedido por un organismo acreditado?		
Sus servicios o productos cumplen con los estándares mínimos de seguridad?		
Cuenta con un Profesional y/o Especialista en SG-ST con tarjeta de operación vigente?		

14. 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 a la Caja de Compensación Familiar del Huila 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 Huila. Cualquier modificación será notificada oportunamente y exonerado a la Caja de Compensación familiar del Huila de responsabilidad por error en el suministro de la información suministrada es válida y autorizo.

15. IDENTIFICACION DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS, DIRECTOS O INDIRECTOS, CON MAS DEL 5% DEL CAPITAL SOCIAL (PERSONA JURIDICA)

Denominación social o nombre completo	Tipo de Identificación	No. De Identificación	% de participación
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/>		

16. REFERENCIAS COMERCIALES

PRINCIPALES CLIENTES				
NOMBRE EMPRESA	CIUDAD Y PAIS	NOMBRE DE CONTACTO /CARGO	TELÉFONO	VALOR CONTRATADO

17. DECLARACIÓN VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS

Con el fin de dar cumplimiento a las normas legales vigentes y a los procedimientos de la COMFAMILIAR HUILA en adelante (COMFAMILIAR) sobre el Sistema de Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo SARLAFT, de manera voluntaria realizo las siguientes declaraciones

1. Declaro que los recursos o bienes que utilizaré en desarrollo de los negocios con COMFAMILIAR. Proviene de actividades lícitas, de conformidad con las leyes vigentes.
2. Que no admitiré que terceros efectúen depósitos en mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier otra norma que lo adicione; ni efectuaré transacciones destinadas a favorecer tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.
3. Que todas las actividades e ingresos que percibo provienen de negocios lícitos.
4. Que no me encuentro en ninguna lista de personas reportadas o bloqueadas por actividades de narcotráfico, lavado de activos, subversión, terrorismo, tráfico de armas o delitos asociados al turismo sexual con menores de edad. Que a la fecha y según nuestro leal saber y entender, en mi contra no se adelanta ninguna investigación por ninguno de los hechos anteriores.
5. Las garantías y aseveraciones aquí contenidas estarán vigentes mientras tenga negocios con COMFAMILIAR. Autorizo a resolver cualquier acuerdo, beneficio, subsidio, negocio o contrato celebrado con COMFAMILIAR, sus accionistas y directores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiese proporcionado.

18. AUTORIZACION DE USO DE INFORMACION PERSONAL

Autorizo a COMFAMILIAR 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.

Autorizo a COMFAMILIAR para compartir mis datos personales, con autoridades nacionales o extranjeras cuando la solicitud se base en razones legales, procesales, o para colaborar con gobiernos extranjeros que requieran la información, fundamentados en causas legítimas tales como lo son temas de carácter tributario.

Autorizo a COMFAMILIAR para el tratamiento de mis datos personales para las finalidades descritas, e igualmente para que mis datos personales estén disponibles en internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva por parte de COMFAMILIAR y los terceros autorizados, solamente, cuando el acceso sea técnicamente controlable.

19. DOCUMENTACION REQUERIDA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

REQUISITOS	PUBLICA		PRIVADA		OBSERVACION
	AP	N/A	AP	N/A	
Portafolio de servicios con propuesta economica	a		a		
Indicadores disponibles para la atencion (oportunidad)	a		a		
Registro Unico Tributario RUT	a		a		
Pago de la tasa de vigilancia Superintendencia de Salud Nacional, si es IPS (privada)	a		a		
Cedula de representante legal	a		a		
Decreto de Creacion - Resolucion de creación	a			X	
Certificado de existencia y representacion legal - CAMARA DE COMERCIO (no superior a 3 meses de vigencia)		X	a		
Resolucion de nombramiento y/o Acta de posesion del Representante Legal		X	a		
Registro especial prestador de salud, y/o certificado de habilitacion, si es una IPS de cada una de las sedes (Privada)	a		a		
Registro especial prestador de salud y/o certificado de habilitación	a		a		
Certificacion expedida por el representante legal o revisor fiscal (si aplica) en donde se acredite con el pago de los aportes al sistema general de seguridad social (no mayor a 3 meses de expedicion), si aplica.	a		a		
Certificado de suficiencia para prestar servicios a contratar y/o capacidad instalada si es una IPS	a		a		
Indicadores de calidad en la prestacion de servicios, definidos en el sistema de informacion para la calidad, del sistema obligatorio para la garantia de la calidad de atencion en salud del ultimo semestre.	a		a		
Modelo de prestacion de servicios (donde enuncie el acceso de los servicios ofertados habilitados y flujo de afiliados hasta la terminación de las prestacion del servicio) si es una IPS (privada).	a		a		
Poliza de garantia multirisgo responsabilidad Civil por activida medica, o por la actividad médica o por la actividad economica contratada, vigente al inicio del contrato.	a		a		
Certificado de composicion accionaria firmado por el representante legal, revisor fiscal y/o contador	a		a		

DOCUMENTACION REQUERIDA PARA PROFESIONALES PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Hoja de vida Firmada, fechada y con Soportes
Portafolio de servicio con propuesta económica, e indicadores disponibles para la atención (oportunidad)
Registro Único Tributario (RUT)
Fotocopia de Cedula de Ciudadanía
Fotocopia de Tarjeta Profesional o Registro Médico
Fotocopia del carne de registro ante la Secretaría de Salud Departamental del Huila, Boyaca u otro departamento según aplique
Registro especial prestador de salud para los que presten servicios en consultorio propio
Certificado de Secretaría de Salud Departamental o Distrital que AUTORIZA al proveedor el funcionamiento de cada uno de los establecimientos en los cuales va a dispensar Medicamentos. Aplica para medicamentos
Resolución para manejo de medicamentos de control especial emitida por el Fondo Nacional de Estupefacientes.
Certificado de Suficiencia para prestar los servicios a contratar y/o capacidad instalada

ASPECTOS GENERALES

1. La Caja de Compensación Familiar del Huila, 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 Huila ni es una invitación a cotizar.
2. En caso de ser aceptado como proveedor de COMFAMILIAR HUILA la información solicitada debe ser actualizada anualmente; todo cambio debe ser informado oportunamente. La empresa que no actualice su información podrá ser retirada del Registro de proveedores.
3. El tiempo de despacho para proveedores locales es de 3 días, para proveedores nacionales 8 días , 10 días para electrodomésticos y 12 días para textiles (aplica para mercadeo de bienes)
4. COMFAMILIAR HUILA podrá dar por terminada cualquier relación comercial, contractual o de negocios cuando el Proveedor, su representante legal o cualquiera de sus socios, se encuentren en las siguientes condiciones: (i) cuando figuren en cualquier tipo de investigación o proceso relacionado con delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) o con la administración de recursos relacionados con dichas actividades; (ii) cuando se encuentren incluido en listas públicas para el control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT) administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera; (iii) cuando figuren en requerimientos de entidades de control, noticias, tanto a nivel nacional como internacional, por la presunta comisión de delitos fuentes de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LAFT).
5. 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, o certificado de superintendencia y/o resoluciones para las entidades que aplique.
- 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, del representante legal
- g. Estados financieros del último año,
- h. Declaración de renta, del último año.
- i. Registro unico de proponentes RUP (si aplica).
- j. Manifestacion por escrito de Inhabilidades e Incompactibilidades con la Caja de Compensacion Familiar del Huila.
- k. Certificado de composición accionaria firmado por el Representante Legal y Contador o Revisor Fiscal.
- l. Dos referencias comerciales.
- m. Certificación bancaria.
- n. Registro INVIMA (Alimentos maquila)
- o. Ultima visita de INVIMA a la planta de produccion (Alimentos maquila)
- p. Licencia de funcionamiento de la planta de produccion (Alimentos maquila)

Persona Natural Documentación Básica

- a. Fotocopia del rut,
- b. Fotocopia de la C. C. de la persona natural,
- c. Certificado de existencia y representación legal y/o Camara de comercio actualizada si es comerciante.
- d. Constancia de afiliación a una caja de Compensación familiar. (Para comerciantes)
- e. Certificado de Afiliación y pago a la seguridad social.
- f. Certificado de antecedentes disciplinarios y fiscales.
- g. Estados financieros del último año (Regimen comun)
- h. Declaración de renta (Regimen comun)
- i. Registro unico de proponentes RUP (si aplica).
- j. Manifestacion por escrito de Inhabilidades e Incompactibilidades con la Caja de Compensacion Familiar del Huila.
- k. Dos referencias comerciales
- l. Certificación bancaria.

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 Huila
Director Administrativo - Coordinador de Contratación
Calle 11 #5-63
Neiva- Huila

Cualquier información adicional o inquietud sera atendida en los telefonos: 8713092 ext 6605 - Directo 8711130 cel. 3102531920

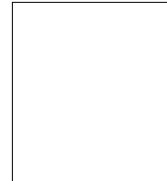
DECLARO QUE:

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 y que autorizo su verificación ante cualquier persona natural o jurídica, pública o privada, sin limitación alguna, obligandome a actualizar la información y/o confirmarla cada vez que sea solicitado.

Para efectos de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar y suprimir información, revocar la autorización, entre otros, podre acudir a COMFAMILIAR como responsable del tratamiento de manera gratuita a la Oficina de PQR de Comfamiliar, ubicada en la calle 11 No. 5-63 o al correo electrónico habeasdata@comfamiliarhuila.com, teléfono 8713092 ó PBX. 8713093 ext. 6552 o a través de la página web www.comfamiliarhuila.com link atención al usuario - PQR.

- Conozca el Manual de Políticas de Manejo de la Información para el tratamiento de datos personales, en nuestra página web www.comfamiliarhuila.com

EN CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.



HUELLA

_____ **FIRMA REPRESENTANTE LEGAL**

_____ **CIUDAD Y FECHA**

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

PARA USO EXCLUSIVO DE COMFAMILIAR

VERIFICACION:

FECHA: DD MM AAA

HORA: _____

NOMBRE DE FUNCIONARIO QUE VERIFICA: _____

CARGO: _____

FIRMA: _____

Se certifica que se llevo a cabo la revision de las listas vinculantes respecto a la(s) persona(s), naturales y juridicas señaladas en el documento

SI NO

Consulta en listas No. _____

OBSERVACIONES:

RESULTADO EVALUACION: