

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

Proceso: Gestión de Compras Bienes y Servicios



Diligencie este formulario para ingresar como proveedor o contratista de COMFABOY en los siguientes programas. Marque con X:

SOLICITUD DE:	PROVEEDOR PARA:			
Inscripción <input type="checkbox"/>	Educación <input type="checkbox"/>	Recursos Humanos <input type="checkbox"/>	Obras <input type="checkbox"/>	
Actualización <input type="checkbox"/>	Recreación <input type="checkbox"/>	Comunicaciones <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
	IPS <input type="checkbox"/>	Logística <input type="checkbox"/>		

Crr. 10 N° 16-81-Turja- NIT 891800213-8
 TELF: 7441515-7440707- FAX 7400157
 www.comfaboy.com.co

1. INFORMACION BASICA:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____

SIGLA: _____ NIT o C.C. _____

DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ TELEFONOS: Fijo: _____ Celular: _____

DIRECCION CORREO ELECTRONICO: _____ FAX: _____

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL: _____ C.C. _____

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: _____

2. INFORMACION DEL PAGO:

DESEA SU PAGO EN LA CUENTA: Cuenta Corriente Cuenta N° _____

Cuenta Ahorros Banco _____

Nota: Todos los descuentos financieros por efecto de transacciones bancarias serán asumidas por el contratista o proveedor

3. INFORMACION PARTICULAR DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA:

TIPO PERSONA: Natural TIPO DE SOCIEDAD: Limitada Anónima Otro Cual _____

Jurídica

ES APORTANTE A UNA CAJA DE COMPENSACION: SI NO

En caso afirmativo cual _____

Tiempo de entrega de pedidos: Línea de productos o servicios que comercializa

Tiempo de sostenimiento de la cotización:

Condiciones de pago: Contado Crédito Anticipo

Descuentos financieros: _____ % _____ % _____ %

Asume fletes: SI NO Tiempo de garantía de los productos _____

Garantiza acompañamiento del bien o servicio suministrado: Representante exclusivo Comfaboy

Via correo electrónico o fax

4. INFORMACION DE CALIDAD DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA:

Cuenta con alguna certificación de Calidad o Habilitación: SI NO Entidad que lo expide (en caso afirmativo): _____

Está en proceso de implementación de algún sistema de calidad: SI NO Nombre de la Empresa Asesora: _____

Cuenta con selección de proveedores SI NO Breve descripción: _____

5. CONTACTOS: (Por favor especificar las personas de su Empresa con las cuales Comfaboy establecerá contacto en:)

1. Aspectos Comerciales:	Nombre:	Teléfono - Fijo:	Celular:
Cotizaciones y facturación	_____	_____	_____
2. Aseguramiento de Calidad	_____	_____	_____
3. Asistencia Técnica	_____	_____	_____
4. Atención de quejas y / o reclamos	_____	_____	_____

6. DECLARACION: EL ABAJO FIRMANTE DECLARO QUE:

La información diligenciada en este formulario y la de sus anexos descritos al respaldo es verdadera.
 Declaro expresamente bajo la gravedad de juramento que no me encuentro dentro de ninguna de las inhabilidades previstas en el Decreto 2463

de 1.981 para contratar con COMFABOY. Asi mismo declaro que los recursos de la empresa no tiene fuentes de lavado de activos o de financiación de terrorismo y/o actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano, lo cual autorizo si es el caso validarlo en las bases de datos de entes de control que correspondan.

Acepto las políticas de Protección de Habeas Data establecido en la política CÓDIGO: D-14-147 de COMFABOY

Los recursos que manejo provienen de la siguiente Fuente (detalle origen): _____

Me acojo a las normas vigentes de selección y evaluación de Proveedores de COMFABOY.

FIRMA Y SELLO REPRESENTANTE LEGAL

USO EXCLUSIVO COMFABOY-CADA PROGRAMA O DEPENDENCIA	USO EXCLUSIVO COMFABOY - GRUPO LOGISTICO
HOY <input type="text" value="DIA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>	HOY <input type="text" value="DIA"/> <input type="text" value="MES"/> <input type="text" value="AÑO"/>
Nombre Trabajador: _____	Nombre Trabajador: _____
No. Folios: _____ Firma: _____	No. Folios: _____ Firma: _____

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

El formato debe ser diligenciado a máquina o en letra imprenta, consta de las siguientes partes:

- **INFORMACIÓN BÁSICA, DE PAGO:** Esta información debe ser diligenciada por todas las personas y Empresas que desean pertenecer al Registro de Proveedores de COMFABOY, marcando con una X el Programa o Dependencia de Comfaby al cual desean suministrar productos o servicios y llenando la información solicitada en cada uno de los demás recuadros.

- **INFORMACION PARTICULAR:** De acuerdo al tipo de servicio o producto marque con una X lo relacionado a la clase y tipo de Proveedor y demás datos solicitados. Las casillas relacionadas con tiempos, condiciones de pago, descuentos, fletes, etc, solo serán diligenciadas cuando aplique

- **INFORMACION DE CALIDAD:** Marcar la casilla correspondiente según el cuestionario y breve descripción del mismo

- **CONTACTOS:** Diligenciar nombre de la persona, número teléfono fijo y celular, según sea el caso. (Solo serán diligenciadas cuando aplique)

- **ANEXOS:** A continuación se presenta una relación de documentos que deben acompañar la inscripción para validar la información. Los documentos varían de acuerdo al Programa o Dependencia de COMFABOY al cual se desea suministrar el producto o servicio.

Las áreas sombreadas son para uso exclusivo de Comfaby

REQUISITOS ESENCIALES PARA TODOS LOS PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

	"X"	NUMERO ANEXOS	Verificación
1. Certificado de Matrícula Mercantil o Certificado de Existencia y Representación Legal con fecha de expedición no superior a sesenta (60) días o Reconocimiento Personería Jurídica			
2. Registro Único Tributario (R.U.T) actualizado			
3. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía (Si es persona natural)			
4. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal (Si es persona jurídica)			
5. Antecedentes de Policía de Representante Legal			
6. Portafolio de servicios y/o Hoja de vida que contenga soportes que acrediten experiencia y estudios			
7. Relación de Entidades (últimos contratos) y soportes de referencias comerciales y/o certificaciones de cumplimiento			
8. PLANILLA DE PARAFISCALES PARA PERSONAS NATURALES Y PARA PERSONAS JURIDICAS CERTIFICACION PAGO PARAFISCALES EXPEDIDO POR REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL (SI APLICA)			
9. Copia Certificación de Calidad de la empresa o constancia que se encuentra en su implementación (si aplica)			
10. Certificado por representante legal y/o de la ARL en relación con el estado de la implementación del Sistema de Gestión SST de acuerdo a la resolución 0312 de 2019 y Decreto 1072 de 2015.			
11. Certificación cuenta bancaria			
12. Si la cámara de comercio le asigna un único NIT a una persona natural que tiene varias empresas, se debe inscribir en el sistema un único NIT y en la descripción se registran todos los nombres de la Empresa unidas con la palabra y/o.			

REQUISITOS ADICIONALES PARA CADA PROGRAMA

LOGISTICA Y OBRAS

1. Copia del Balance General del año inmediatamente anterior (si se tiene)			
2. Certificaciones de posesión o tenencia de elementos, equipos y vehículos de trabajo (si se tiene)			
3. Fotocopia de tarjeta profesional (expedida por el COPNIA) y certificado de vigencia de la misma (si se tiene)			
4. Ficha seguridad del producto (Sustancias Químicas)			
5. Licencia funcionamiento expedida por la superintendencia de vigilancia y seguridad privada,			
6. Licencia funcionamiento y/o permiso para uso del espectro expedida por el ministerio de tecnologías de la información y las comunicaciones SI APLICA			
7. Concepto favorable de la secretaria de salud y ambiente (FUMIGACIÓN) SI APLICA			
8. Certificados patrones calibrados con trazabilidad y protocolos de calibración (METROLOGÍA) SI APLICA			

EDUCACION, RECREACION, COMUNICACIONES Y RECURSOS HUMANOS

1. Propuesta detallada del servicio a ofrecer			
2. Resolución de aprobación Secretaría de Educación o institución competente como Ministerio de Transporte, Ministerio de Defensa, etc.			
3. Licencia de operación cuando aplique.			
4. Registro Nacional de turismo, licencia de funcionamiento.			

SALUD

1. Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o Certificado de Habilitación			
2. Registro invima o licencia sanitaria y ficha técnica (certificados BPM Y FDA) si aplica			
3. Fichas con condiciones de almacenamiento.			
4. Concepto técnico favorable de la secretaria de salud y ambiente, licencia ambiental.(RECOLECCION RESIDUOS)			

OTROS PROGRAMAS: Cual: _____

Anexos: _____