

REGISTRO DE PROVEEDORES

CODIGO: FDA024
VERSION: 4
FECHA:10/06/09

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:

PERSONA NATURAL

PERSONA JURIDICA

1. DATOS GENERALES DEL PROVEEDOR

| | | | |
|---------------------------------|---------|-------------------------------|---|
| NOMBRE COMPLETO O RAZON SOCIAL | | TIPO DE IDENTIFICACION | |
| | | C.C. <input type="checkbox"/> | C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| DIRECCION: | CIUDAD: | PAIS: | |
| TELEFONOS: | FAX: | EMAIL: | |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: | | TIPO DE IDENTIFICACION | |
| | | C.C. <input type="checkbox"/> | C.E. <input type="checkbox"/> NIT. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

2. ACTIVIDAD

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---|
| SECTOR ECONOMICO | Código CIU | TIPO DE EMPRESA | |
| | | PRIVADA <input type="checkbox"/> | PUBLICA <input type="checkbox"/> MIXTA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> |
| TIPO DE CONTRIBUCION (Para Persona Jurídica) | | | ES AUTORRETENEDOR |
| GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> | REGIMEN COMUN <input type="checkbox"/> | OTRO <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

3. SUCURSALES

| CIUDAD | DIRECCION | TELEFONO | FAX |
|--------|-----------|----------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

4. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | TOTAL ACTIVOS |
|------------------------|----|-----------------------|----|---------------|
| INGRESOS OPERACIONALES | \$ | EGRESOS OPERACIONALES | \$ | \$ |
| OTROS INGRESOS* | \$ | OTROS EGRESOS | \$ | TOTAL PASIVOS |
| | \$ | | \$ | \$ |

*INGRESOS ORIGINADOS EN ACTIVIDADES DIFERENTES A LA PRINCIPAL (Ddetallar):

5. REFERENCIAS

| | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------|
| REFERENCIA FINANCIERA | NOMBRE DE LA ENTIDAD: | Nº DE LA CUENTA | SUCURSAL: |
| REFERENCIAS COMERCIALES | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: | DIRECCION: | TELEFONO: |
| | NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: | DIRECCION: | TELEFONO: |

6. CONDICIONES DEL SERVICIO PROVEEDORES

PERSONA A CONTACTAR PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO/ PRODUCTO

| | | |
|------------------|-----------|------------------|
| NOMBRE COMPLETO: | | AREA: |
| CARGO: | TELEFONO: | FAX: |
| CELULAR: | AVANTEL: | FAX: PAGINA WEB: |

TIPOS DE SERVICIOS / PRODUCTOS

| | |
|---|---|
| 1 | 2 |
| 3 | 4 |

Compromiso con la seguridad:

Firma del Proveedor (Persona Natural o Representante Legal)

POR FAVOR ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

| DOCUMENTOS | Persona Jurídica | Persona Natural | Verificacion Documentos |
|---|------------------|-----------------|-------------------------|
| Fotocopia del NIT (certificado relativo al numero de identificación tributaria NIT) | X | | |
| Camara de Comercio con vigencia no superior a 90 dias * | X | | |
| Copia del RUT | | X | |
| Fotocopia al 200% del documento de identificación del Representante Legal | X | X | |
| Dos (2) Referencia Comerciales por Escrito | X | | |
| Una (1) Referencia Financiera por Escrito | X | | |
| Certificado BASC vigente | X | | |
| Acuerdo de seguridad para personas naturales ó juridicas que no se encuentren certificadas BASC | X | X | |

* Para personas naturales únicamente si están registradas ante cámara y comercio

REGISTRO DE PROVEEDORES

CODIGO: FDA024
VERSION: 4
FECHA:10/06/09

7. PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA CONTRATANTE

PROVEEDOR CRITICO? SI NO

VERIFICACION DE LA INFORMACIÓN

| DATOS VERIFICADOS | VERIFICADO POR | FECHA | OBSERVACIONES |
|---------------------|----------------|-------|---------------|
| Datos Generales | | | |
| Ref. Comerciales | | | |
| Ref. Financiera | | | |
| Visita al Proveedor | | | |

FORMA DE PAGO (Por politica nuestra empresa paga el segundo y cuarto lunes de cada mes de 4:00 a 5:30 pm)

Contado Anticipo PORCENTAJE: _____ Credito 30 días fecha recibido factura 45 días fecha recibido factura

Condiciones validas desde (dd/mm/aa):

Condiciones validas hasta (dd/mm/aa):

* 7.1 EVALUACION PREVIA PARA LA SELECCIÓN

Puntaje mínimo requerido 13 Puntos

| ASPECTOS (Califique de 5 a 1 de acuerdo al numeral 4 del procedimiento DA0202) | PUNTAJE | ASPECTOS (Califique de 3 a 1 de acuerdo al numeral 4 del procedimiento DA0202) | PUNTAJE |
|---|---------|---|---------|
| CAPACIDAD DEL SERVICIO (Califique de 1 - 5) | | COSTO (Califique de 1 - 3) | |
| CAPACIDAD DE PRODUCCION Y DISTRIBUCION (de 1 - 5) | | ATENCION A QUEJAS Y RECLAMOS (de 1 - 3) | |
| ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (Califique de 1-5) | | TOTAL PUNTUACION | |

OBSERVACIONES :

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

* El numeral 7.1 aplica unicamente para proveedores críticos.