

	<b>INSCRIPCIÓN Y REGISTRO DE PROVEEDORES COMFANORTE</b>	Código: GD-Pe-Fo-1
	PROCESO: Gestión Administrativa / Productos y servicios Externos	Fecha: 09/10/2017
		Versión: 3

<b>FECHA DE INCLUSIÓN:</b>	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN:</b>
----------------------------	--------------------------------

**1. DATOS GENERALES**

Tipo de Documento	NIT	C.C	C.E	Número:
Nombre Completo o Razón Social (Si tiene establecimiento público):				
Dirección sede principal:		Telefono:		Email:
País:		Departamento:		Municipio:
Tiene otras sedes	SI	NO	No.	Direcciones:

**2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

¿Su empresa responde con el pago de aportes parafiscales?	SI	NO	Afiliado a Comfanorte:	SI	NO
¿Su empresa está certificada o está implementando un sistema de gestión?	SI	NO	Cual (es):		
Anexar certificado					

**3. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre Completo:			Apellidos:		
Identificación:	C.C	C.E	Número:	Ciudad de expedición:	
5. ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR:		Servicio:	Producto:	Proceso (Outsourcing):	Describa su actividad principal o secundarias:

**6. REFERENCIA COMERCIAL**

A. Razón Social:					
Dirección:			Teléfonos:		
B. Razón Social:					
Dirección:			Teléfonos:		

<b>7. FORMAS DE PAGO (Días):</b>	0	30	45	60	Otra: ¿Cuál?
<b>8. DESCUENTO FINANCIERO OFRECIDO (%)</b>	SI	NO	N/A		
<b>9. GARANTIA OFRECIDA (meses)</b>	SI	12	6	3	NO otra : Cuál?
<b>10. VIGENCIA DE PRECIOS (meses)</b>	SI	12	6	3	Inferiores a 3 meses:

**11. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL REGISTRO DE PROVEEDORES**

PERSONA JURIDICA	PERSONA NATURAL
Certificado Cámara de Comercio (Vigencia minima 3 meses)	Certificado Cámara de Comercio (Vigencia minima 3 meses-Persona Natural con establecimiento público)
Copia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal	Copia de la Cédula de ciudadanía
Copia del RUT	Copia del RUT
Copia del último Balance General, copia tarjeta profesional del contador y/o revisor fiscal	Copia del RUT
Planilla de pago de aportes parafiscales mes anterior a la presentación de los documentos.	Pago de soporte a Salud y Pensión mes anterior a la presentación de los documentos.
Portafolio de servicios	Anexar especificaciones del servicio que oferta.
Dos referencias bancarias certificadas, para tramite de pago por transferencia electrónica	Dos referencias bancarias certificadas, para tramite de pago por transferencia electrónica
<b>Para representantes y distribuidores exclusivos:</b> Certificado de distribución exclusiva o de representación emitido por la casa matriz.	Hoja de vida y anexos

**12. DOCUMENTOS QUE CERTIFIQUE SEGÚN LA ESPECIALIDAD QUE PROVEE (Anexar)**

Transporte de pasajeros aéreo	Registro Nacional de Turismo
Transporte de pasajeros terrestre local, intermunicipal y nacional	Licencia de conducción, seguro obligatorio, Run y polizas de responsabilidad civil y extracontractual, certificado de gases( según modelo del carro), SOAT. Resolucion del ministerio de transporte autorizando el servicio. Cumplimiento Código Nacional de Transito, Ley 769/2002. Plan de Seguridad Vial - Ley 1503 de 29 de diciembre de 2011- Capitulo III Art. 12.
Traslado asistencial de pacientes	Certificación de cumplimiento de requisitos de habilitación o inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicio de salud, Resolución 2003 de 2014. Cumplimiento Código Nacional de Transito, Ley 769/2002. Plan de Seguridad Vial--Ley 1503 de 29 de diciembre de 2011- Capitulo III Art. 12.
Seguridad Privada	Licencia de funcionamiento expedida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.
Fumigaciones	Concepto técnico favorable de la Secretaria de Salud y Ambiente
Recolección y tratamiento final de residuos	Concepto técnico Favorable de la Secretaría de salud y Ambiente, Licencia Ambiental, Aprobación del Componente Externo del Plan de Gestión de Residuos

Construcción- remodelación	Registro Unico de proponentes (Coeficiente de contratacion (K) y/o certificado de COPNIA según aplique.
Alimentación	Licencia Sanitaria de Funcionamiento y certificado de manipulacion de alimentos. Vigentes
Alojamiento	Registro Nacional de Turismo, Licencia de Funcionamiento.
Metrología	Certificado de Acreditación dentro del Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología.
Servicios de Salud, instituciones prestadoras de servicio de salud ambulatorias y/o hospitalarias, consecciones.	Certificación de Cumplimiento de requisitos de habilitacion o inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud.
Medicamentos, dispositivos medicos , docontologicos y ortopédicos y componentes biológicos.	Certificado Buenas Prácticas de Manufactura, Licencia sanitaria, licencia funcionamiento y/o abastecimiento.
Viveres y Abarrotes	Licencia Sanitaria, Certificado de Buenas Prácticas de abastecimiento.
Medios de comunicación	Habilitación expedida por el Ministerio de Comunicaciones
Servicio de aseo y limpieza de instalaciones	Protocolos de limpieza y desinfección. Decreto 1072/2015, Identificacion de riesgos biológicos.
Todos	Certificado de ARL o Autoevaluación del SG-SST.
<p>Certifico la veracidad de la información suministrada y con la firma de este formato de Registro de Proveedores manifiesto no encontrarme incurso en el causal de inhabilidad,incompatibilidad o conflicto de intereses en especial de las contempladas en el decreto 2463 de 1981,articulo 23 de la ley 789 de 2002, y en caso de faltar a la verdad asumiré las consecuencias legales a que ello diere lugar.</p> <p>Con la firma de este formulario el titular, autoriza a COMFANORTE de manera expresa e informada para el tratamiento de sus datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la entidad, que puede ser consultada en la página web <a href="http://www.comfanorte.com.co">www.comfanorte.com.co</a>. Comfanorte informa que cualquier inquietud, actualización, o reclamo sobre los datos aquí suministrados pueden ser dirigidos a la dirección de correo <a href="mailto:comfanorte@telecom.com.co">comfanorte@telecom.com.co</a></p>	<p>Firma y sello Representante Legal</p>
<p><b>NOTA. El diligenciamiento del presente formato y la entrega completa de los documentos indicados al final de este, son requisitos indispensables para iniciar relaciones comerciales con COMFANORTE.</b></p>	
<p>EDIFICIO SEDE: AVENIDA 1 CALLE 9 ESQUINA - TELEFAX: 5823455 EXT 444 - 468  <a href="http://www.comfanorte.com.co">http:// www.comfanorte.com.co</a> - e-mail: <a href="mailto:compras@comfanorte.com.co">compras@comfanorte.com.co</a> - CÚCUTA - COLOMBIA</p>	