

FORMULARIO DE INSCRIPCION DE PROVEEDORES Y CONTRATISTAS



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"/>	EPS-S <input type="checkbox"/>	Logística <input type="checkbox"/>
Actualización <input type="checkbox"/>	Recreación <input type="checkbox"/>	Recursos Humanos <input type="checkbox"/>	Obras <input type="checkbox"/>
	IPS <input type="checkbox"/>	Comunicaciones <input type="checkbox"/>	

Crr. 10 N° 16-81-Tunja- 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 POR: Cheque 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: _____ DIAS Línea de productos o servicios que comercializa
 Tiempo de sostenimiento de la cotización: _____ DIAS

Condiciones de pago: Contado Crédito Anticipo

Descuentos financieros: _____ % _____ DIAS _____ % _____ DIAS _____ % _____ DIAS

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:)

Aspectos Comerciales:	Nombre:	Teléfono - Fijo:	Celular:
1. 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.
 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 _____ DIA MES AÑO	HOY _____ DIA MES 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 Comfaboy 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 Comfaboy

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 treinta (60) días o Reconocimiento Personería Jurídica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Registro Único Tributario (R.U.T) actualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía (Si es persona natural)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía del Representante Legal (Si es persona jurídica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Portafolio de servicios y/o Hoja de vida que contenga soportes que acrediten experiencia y estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Certificación pago aportes parafiscales expedido por Revisor Fiscal o Contador (Si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Copia Certificación de Calidad de la empresa o constancia que se encuentra en su implementación (si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REQUISITOS ADICIONALES PARA CADA PROGRAMA

LOGISTICA Y OBRAS

1. Relación de Entidades (últimos contratos) y soportes de referencias comerciales y/o certificaciones de cumplimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Copia del Balance General del año inmediatamente anterior (si se tiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Certificaciones de posesión o tenencia de elementos, equipos y vehículos de trabajo (si se tiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fotocopia de tarjeta profesional (expedida por el COPNIA) y certificado de vigencia de la misma (si se tiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EDUCACION, RECREACION, COMUNICACIONES Y RECURSOS HUMANOS

1. Relación de Entidades (últimos contratos) y soportes de referencias comerciales y/o certificaciones de cumplimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Propuesta de capacitación y / o recreación y / o programas Ley 21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Resolución de aprobación Secretaría de Educación o institución competente como Ministerio de Transporte, Ministerio de Defensa, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SALUD

1. Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud o Certificado de Habilitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

OTROS PROGRAMAS : Cual: _____

Anexos: _____
