


Código		Formato		
VFAGH_GAB_F_33_V.5		FORMATO DATOS BÁSICOS DE PROVEEDORES		
Fecha de emisión				
20	07	2014		
Elaborado por: Martha Inés Luna Matallana		Revisado por: María Victoria Zambrano Ibarra		Aprobado por: Jaime García Cuello

Fecha	Día:	Mes:	Año:	NIT.	C. C.
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

Razón Social / Nombre					
------------------------------	--	--	--	--	--

Clase de Proveedor	<i>Diligenciar en el caso que le corresponda</i>				
	<input type="checkbox"/> Extranjero	<input type="checkbox"/> Persona Natural	<input type="checkbox"/> Persona Jurídica.	<input type="checkbox"/> Funcionario ETB	

Dirección	CI / Cra / Av / Diag / Trv				
	Ciudad		País		Código Postal

Contactos	Nombre Representante Legal		Cargo		e-mail
	Persona de Contacto 1		Cargo en la empresa o profesión		e-mail
	Persona de Contacto 2		Cargo en la empresa o profesión		e-mail
	Teléfono 1	Teléfono 2	Celular 1	Celular 2	Fax 1 Fax 2

Sistema de Gestión	¿La empresa cuenta con un Sistema de Gestión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO (Calidad, Ambiental, Seguridad, etc)			Cual ? _____	
---------------------------	---	--	--	--------------	--

Tributarios <small>(Diligenciar todos los espacios correspondientes)</small>	TIPO DE CONTRIBUYENTE				
	<input type="checkbox"/> Gran contribuyente N° Resolución _____	<input type="checkbox"/> No Gran contribuyente	<input type="checkbox"/> Régimen Especial	<input type="checkbox"/> Auto retenedor N° Resolución _____	
	Régimen de IVA al cual pertenece	Actividad Económica ICA N°	Clasificación de empresa	Pertenece o contrata a población vulnerable	
	<input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	Obligados a declarar Renta

OBJETO SOCIAL DEL PROVEEDOR				
------------------------------------	--	--	--	--

Datos para Pagos <small>(Diligenciar todos los espacios correspondientes)</small>	Banco	Cuenta Bancaria N°	País del Banco		
	Modalidad Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	Cta. Bancaria Abierta con NIT <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/>	Ciudad donde se encuentra abierta la cuenta		

Firma del Representante Legal	
--------------------------------------	--


Tipo Documento de Identidad	
-----------------------------	--

N°. Documento Identidad	
-------------------------	--

El proveedor se responsabiliza por la información diligenciada en este formato. La información remitida tendrá validez sólo si el formato está firmado por el Representante Legal. Adjuntar certificado de representación legal vigente, no mayor a 30 días.

NOTA: ES IMPORTANTE QUE TODOS LOS DATOS ESTÉN COMPLETAMENTE DILIGENCIADOS Y ESTÉN VERIFICADOS POR EL EQUIPO DE PLANEACIÓN DE COMPRAS Y GESTIÓN MAESTROS, DE LO CONTRARIO, NO SERA POSIBLE LA INCLUSIÓN EN LA BASE DE DATOS DE PROVEEDORES.

LEY HABEAS DATA: Declaro que a través de la firma del presente formato, actuando en nombre propio y/o como representante legal de la citada sociedad, autorizo a ETB SA ESP, de manera expresa, voluntaria e irrevocable, para que toda la información suministrada y aquella que se genere en el futuro, como resultado de las relaciones comerciales y/o contractuales establecidas con ETB o con sus afiliadas, que sea registrada en su base de datos de proveedores, pueda ser utilizada, administrada, capturada, procesada, verificada y consultada, de conformidad con la normatividad vigente.

Coding			Format			
VFA_GAB_F_29_V.6			FORMAT BASIC DATA FROM SUPPLIERS			
Date of issue						
20	07	2014	Prepared by: Martha Inés Luna Matallana			Reviewed by: María Victoria Zambrano Ibarra
			Approved by: Jaime García Cuello			
Date	Day	Month	Year	Company ID :	Personal ID:	
Bussiness Name/Trade Name						
Address <small>(Fill all the relevant information)</small>	Street			Town	City	
	State/Province		Country		ZIP Code	P.O. Box
Contact Information <small>(Fill all the relevant information)</small>	Contact Person Nº 1			Title	e-mail address	
	Contact Person Nº 2			Title	e-mail address	
	Telephone Nº 1	Telephone Nº 2	Mobile Nº 1	Mobile Nº 2	Fax Nº 1	Fax Nº 2
Management System	Has your company a Management System ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Which one ? Please specify	
Payment Data <small>(Fill all the relevant information)</small>	Bank	SWITF	ABBA	Account Number		
	Type of Account Checking <input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/>			Bank Address (specify Country)		

COMPANY'S LEGAL REPRESENTATIVE SIGNATURE

Name:

Title:

- The supplier is responsible for all the information included in this format.
- The information included in this format is valid only if it's send with the legal representative signature.
- Please, attach the certificate of the company's legal representative; this document must be issued recently (maximum 30 days)

NOTE: IT IS IMPORTANT TO FILL ALL THE INFORMATION REQUIRED IN THIS FORMAT. THIS INFORMATION MUST BE REVIEWED BY ETB SUPPLIER'S MANAGEMENT GROUP; OTHERWISE THE INCLUSION OF YOUR COMPANY IN ETB SUPPLIER'S DATABASE WILL NOT BE POSSIBLE.

HABEAS DATA: Hereby I declare that by signing this form, acting within my behalf and / or as the legal representative of the company, I authorize to ETB SA ESP , expressly, voluntarily and irrevocably, that all the information provided here and any additional information generate in the future as a result of trade and / or contractual relationship with ETB or its affiliates, that is registered in its database of suppliers, can be used, managed, captured, processed, verified and consulted in accordance with the current regulations.