


Código 10-10.1-F-013-v.2			Formato FORMATO DATOS BÁSICOS DE PROVEEDORES			
Fecha de emisión						
31	05	2014				

Fecha	<i>Día:</i>	<i>Mes:</i>	<i>Año:</i>	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	<i>Cl / Cra / Av / Diag / Trv</i>				
	<i>Ciudad</i>	<i>País</i>	<i>Código Postal</i>		

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

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

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	Obligados a declarar Renta
	<input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <i>Indique cuál:</i>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

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

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

Firma del Representante Legal	
<i>Tipo Documento de Identidad</i>	
<i>N°. Documento Identidad</i>	

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.