

Documentos exigidos para el ingreso al registro de proveedores externos:

PERSONA JURIDICA	PERSONA NATURAL	INSTRUCTORES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cámara de comercio o Certificado de existencia y representación legal (del año en curso) ✓ Certificaciones de afiliación a seguridad social (EPS, Pensión y ARL, para proveedores que presten servicios o suministren personal al interior de las instalaciones de COMBARRANQUILLA) ✓ Referencia bancaria ✓ Referencia comercial ✓ Fotocopia del RUT (Registro Único Tributario). ✓ Certificación de no estar incurso en las causales de inhabilidades e incompatibilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fotocopia del documento de identificación ✓ Certificaciones de afiliación a seguridad social (EPS, Pensión y ARL) ✓ Referencia bancaria ✓ Referencia comercial ✓ Fotocopia del RUT (Registro Único Tributario) ✓ Certificación de no estar incurso en las causales de inhabilidades e incompatibilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fotocopia del documento de identificación ✓ Certificaciones de afiliación a seguridad social (EPS, Pensión y ARL) ✓ Referencia bancaria ✓ Referencia comercial ✓ Fotocopia del RUT (Registro Único Tributario) ✓ Hoja de vida con documentos soportes ✓ Certificación de no estar incurso en las causales de inhabilidades e incompatibilidades .



A continuación descargue:

- Formato de Registro de Proveedores. (2 págs.)
- Certificado de inhabilidad - Representante Legal.
- Certificado de inhabilidad - Persona Natural.



Los formatos y sus soportes pueden ser enviados al correo electrónico proveedores@combarranquilla.co y, de acuerdo a los procesos de selección y evaluación internos de Combarranquilla, se revisará la posibilidad de que queden inscritos como proveedores de la Caja.

CODIGO	FECHA		
	DIA	MES	AÑO

** ESPACIO EXCLUSIVO DE COMBARRANQUILLA **

REGISTRO DE PROVEEDORES

INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE O RAZON SOCIAL:	NIT O CC :	PROVEEDOR	
		INSTRUCTOR	

PRODUCTOS O SERVICIOS OFRECIDOS:

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECCIÓN:	TELÉFONO:	CIUDAD:
------------	-----------	---------

PÁGINA WEB:

CORREO ELECTRÓNICO:

CONTACTO ÁREA COMERCIAL /VENTAS: TELÉFONO:

CUENTA CON SUCURSALES: SI NO

CUÁNTAS Y DÓNDE ESTAN UBICADAS:

TRAYECTORIA EN EL MERCADO SUMINISTRANDO PRODUCTOS Y/O SERVICIOS, EN AÑOS:

CERTIFICACIONES O RECONOCIMIENTOS

ACTUALMENTE CUENTA CON ALGUNA CERTIFICACIÓN O RECONOCIMIENTO? SI NO

NORMA O CRITERIO DE REFERENCIA	OTORGADO POR:	VIGENCIA

INFORMACION COMERCIAL

NOMBRE DE PRINCIPALES CLIENTES	CIUDAD	TELÉFONO

INFORMACION BANCARIA

Entidad: Tipo de cuenta: No. de cuenta:

ESTUDIOS Y CURSOS REALIZADOS (SOLO APLICA PARA INSTRUCTORES)

NOMBRE	FECHA	CIUDAD

EXPERIENCIA (SOLO APLICA PARA INSTRUCTORES)

EMPRESA	OCUPACION	DESDE	HASTA

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DECRETO 2463 ART. 6 Y 7 - LEY 789 2002 ART.23 SI NO

Tiene vínculo de tipo familiar con algún miembro del consejo directivo, revisor fiscal o funcionario de la caja?

Si la respuesta es afirmativa, explique el tipo de vínculo que existe y con qué miembro del consejo directivo o funcionario de la caja:

Autorizo de manera libre, expresa, voluntaria y debidamente informada, como titular de los datos personales suministrados, para que la Caja de Compensación Familiar Combarranquilla realice el tratamiento respectivo, consistente en la recolección, almacenamiento, uso, circulación o supresión de los mismos y con la finalidad de procesar, validar, informar, requerir o compartir información relevante sobre las características de los servicios, procesos, actividades comerciales de la Caja de Compensación Familiar, o en virtud de la relación contractual o legal vigente entre las partes. Notificar o facilitar el acceso a los servicios, realizar estudios de mercado, circularla para fines publicitarios, y para reportarlos a organismos de control o autoridad competente en ejercicio de sus funciones, previo requerimiento formal. Dicho tratamiento se podrá realizar como responsable o a través del encargado que indique la Caja. Adicionalmente, entiendo que podré ejercer mis derechos de conocer, actualizar, rectificar y suprimir mis datos personales, salvo los que se requieran de acuerdo con la relación legal o contractual que tengo con la Caja. Lo anterior, bajo el cumplimiento de su política de protección de datos, según lo reglamentado por la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 del 2013.CC.

 Firma del proveedor
 Documento de identidad:

CRITERIOS DE EVALUACION	CUMPLE	NO CUMPLE
TRAYECTORIA O EXPERIENCIA EN EL MERCADO		
DOCUMENTOS SOLICITADOS		
VERIFICACIÓN LISTAS OFAC SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

RESULTADOS DE LA EVALUACION

ACEPTADO		OBSERVACIONES:
RECHAZADO		

NOMBRE DEL EVALUADOR: LAURA QUINTERO DIAZGRANADOS	FIRMA:
CARGO: JEFE DE GESTIÓN LOGÍSTICA	

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA EL REGISTRO DE PROVEEDORES

PERSONA JURIDICA

- CAMARA DE COMERCIO O CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL
- CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL (EPS, Pensión,ARL para proveedores que presten servicios o suministren personal al interior de las instalaciones de COMBARRANQUILLA)
- UNA (1) REFERENCIA BANCARIA
- DOS (2) REFERENCIAS COMERCIALES
- FOTOCOPIA DEL RUT (Registro Único Tributario)
- FORMATO DE INHABILIDADES DILIGENCIADO Y FIRMADO

PERSONA NATURAL

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL (EPS, Pensión,ARL)
- UNA (1) REFERENCIA BANCARIA
- DOS (2) REFERENCIAS COMERCIALES
- FOTOCOPIA DEL RUT (Registro Único Tributario)
- FORMATO DE INHABILIDADES DILIGENCIADO Y FIRMADO

INSTRUCTORES

- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
- CERTIFICACIONES DE AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL (EPS, Pensión,ARL)
- UNA (1) REFERENCIA BANCARIA
- UNA (1) REFERENCIA COMERCIAL
- FOTOCOPIA DEL RUT (Registro Único Tributario)
- HOJA DE VIDA CON DOCUMENTOS SOPORTES
- FORMATO DE INHABILIDADES DILIGENCIADO Y FIRMADO



Es responsabilidad de nuestros proveedores mantener sus datos actualizados y enviarlos de manera oportuna a la oficina de Gestión Logística de COMBARRANQUILA

Formato aprobado en Junio 2017

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito, 1. _____ actuando como representante legal de 2. _____ con NIT 3. _____

hace constar que:

Conozco el régimen de inhabilidades e incompatibilidades aplicable a las cajas de compensación familiar establecido en el Decreto 2463 de 1981 y el manejo de conflictos de intereses de que trata el artículo 23 de la ley 789 de 2002, así como las consecuencias por la transgresión de estas disposiciones.

Declaro bajo la gravedad del juramento, que la sociedad o entidad que represento, sus representantes, sus socios o asociados no están incurso en ninguna de las causales señaladas en las normas anteriores.

Para constancia, se firma el presente documento a los ____ días del mes de _____ de 201__

Atentamente,

1.

Documento (Tipo y No.) 4.

Representante legal

2.

-
1. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL
 2. RAZON SOCIAL/NOMBRE EMPRESA, SOCIEDAD, ASOCIACION, ETC
 3. NIT
 4. DOCUMENTO DE IDENTIDAD (CEDULA DE CIUDADANIA, CEDULA DE EXTRANJERIA, PERMISO ESP. DE PERMANENCIA, ETC)

CERTIFICADO DE INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES

El suscrito, actuando en nombre propio
hace constar que:

Conozco el régimen de inhabilidades e incompatibilidades aplicable a las cajas de compensación familiar establecido en el Decreto 2463 de 1981 y el manejo de conflictos de intereses de que trata el artículo 23 de la ley 789 de 2002, así como las consecuencias por la transgresión de estas disposiciones.

Declaro bajo la gravedad del juramento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales señaladas en las normas anteriores.

Para constancia, se firma el presente documento a los ____ días del mes de _____ de 201__

Atentamente,

NOMBRE CONTRATISTA

Documento (Tipo y No.)