

	FORMATO DE INSCRIPCION DE CLIENTES Y PROVEEDORES		VERSION : 2		
	OBJETIVO: Unificar los datos y requisitos necesarios para la creación de terceros en las bases de datos del Hospital, de acuerdo a las normas legales vigentes.		RESPONSABLE : P.U. CONTADOR	CODIGO: PC-CTB-FR-001	FECHA ELABORACION NOV. 11 2008

Inscripción de Proveedores

Año	Mes	Día
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Identificación

Nombre o Razón Social:		Sigla:
Naturaleza Jurídica:		Ingreso <input type="checkbox"/> Actualización <input type="checkbox"/>
Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>		Otros:
NIT: C.C.		
Dirección:		
Ciudad:	Departamento:	País:
A.A.	Teléfonos:	Beeper + Código
Celular:	Fax:	
E-mail:		
Esta matriculado en el Registro único de Proponentes- Cámara de Comercio. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cámara de Comercio de:		
No. de Inscripción:		Fecha (AAAA/MM/DD):
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Diligenciar el campo llamado E-mail, ya que los soportes de los pagos y comunicados se podran estar enviando a esta dirección electrónica		

Sucursal

Dirección:	País:
Ciudad:	A.A.
Teléfonos:	Fax:
Celular:	
E-mail:	

Contactos

Representante Legal:	C.C. No.	
Nombre del responsable de Facturación:		
Otras Personas:		
Contactos Comerciales :		
1. Nombre:	Cargo:	Teléfonos:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail:		

Información Financiera

Balance General	
Activo Corriente:	Pasivo Corriente:
Activos Fijos :	Pasivo a Largo Plazo:
Otros Activos:	Total Pasivos:
	Total Patrimonio:
Total Activos :	Total Pas + Pat:
Ganancias y Pérdidas	
Ingresos Operacionales	
(-) Costo de Venta	
(-) Gastos Generales	
Utilidad Operacional	
Otros Ingresos	
Otros Egresos	
Utilidad Neta del Ejercicio	
	Obligado a llevar Contabilidad: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	Obligado a tener Revisor Fiscal: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Actividad Económica

Tipo de Actividad:

Constructor: Proveedor: Servicios: Consultor: Otro:

Descripción de la clase de Bienes y Servicios:

Clase de Proveedor

Productor: Mayorista: Minorista: Exclusivo: Representante Ccial:

Impuesto de Timbre

Contribuyente: Sí NO

Impuesto de Industria y Comercio

Contribuyente: Sí No

Si es exento indicar el número de Resolución _____

Descripción

Descripción	Sí	No	Resolución o Norma que lo acredita como tal
Gran contribuyente			
Autorretenedor de renta o no sujeto a retención de renta			
Régimen Simplificado			Agente Retenedor de IVA
Régimen Común			Sujeto a Retención de IVA
Régimen Tributario Especial			
Entidad Pública			Código de la entidad ante la C. G. N.

Cuentas de Consignación para Abonos

Entidad Bancaria	Cuenta	Ahorro	Corriente

"Estas cuentas deben haber sido abiertas con el mismo documento de identificación que matricule en este formulario, para que la naturaleza jurídica corresponda"

Declaro que ni yo ni la sociedad que represento nos hallamos comprendidos dentro de las inhabilidades e incompatibilidades para participar en procesos de contratación y celebrar contratos, previstas en los artículos 80, 90 y 100 de la Ley 80 de 1993, en el artículo 66 de la Ley 142 de 1994 y demás normas establecidas en el ordenamiento jurídico colombiano, los cuales conozco y acato.

Firma de quien diligencia.

Firma del Representante Legal

Instrucciones

Generales

- 1 Adjuntar la siguiente documentación:
 - * Estados Financieros Certificados y Dictaminados de acuerdo a las normas legales vigentes.
 - * Certificado de antecedentes disciplinarios y Tarjeta Profesional del o los contadores que suscriben los Estados Financieros
 - * Fotocopia del Registro Único Tributario RUT
 - * Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía si el beneficiario del pago es una persona natural no inscrita en el RUT.
 - * Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, si es una persona Jurídica o una persona natural con RUT, obligada a estar inscrita, con menos de 90 días de expedición.
 - * Original o fotocopia del Registro Único de Proponentes.
 - * Norma o resolución que acredita la calidad de autorretenedor o de gran contribuyente
 - * Certificado bancario cuyo vencimiento sea inferior a 60 días, en el cual conste el número de la cuenta, tipo de cuenta, documento de identificación y nombre.
- 2 En caso de presentarse algún cambio (Razón social, banco, número de cuenta, NIT, dirección u otro concepto), deberá reportarse oportunamente diligenciando un nuevo formato, y actualizando la información en el sistema. Lo anterior, una vez se haya recibido por escrito las modificaciones del proveedor.
- 3 Con la información tributaria que usted esta suministrando, se realizara la liquidación de los impuestos, por lo tanto se debe diligenciar correctamente

Uso Exclusivo del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué - Tolima E.S.E.

Dependencia que Autoriza

Persona responsable del registro.

Nombre:

C.C: