

 SALUD NORTE Red de Salud del Norte E.S.E.	FORMATO DE INSCRIPCION DE PROVEEDOR	Código: IS.F.03
		Versión: 02
		TRD:

1. IDENTIFICACIÓN DE PERSONA JURÍDICA Y/O NATURAL

RAZON SOCIAL () O NOMBRE ():		NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:	
NIT () O CÉDULA DE CIUDADANÍA ()		DIRECCIÓN	
TELEFONO	CIUDAD	E-mail	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRONICO		PAGINA WEB	
SOCIEDAD ANÓNIMA SI () NO ()		TIPO DE SERVICIO O BIEN A VENDER	
ABIERTA () CERRADA ()			

2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES

3. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

GRAN CONTRIBUYENTE SI () NO ()	AUTORRETENEDOR SI () NO ()
RESOLUCIÓN No.:	RESOLUCIÓN No.
ACTIVIDAD ECONOMICA I.C.A	
CÓDIGO ACTIVIDAD.:	TARIFA:
CÓDIGO ACTIVIDAD.:	TARIFA:
CÓDIGO ACTIVIDAD.:	TARIFA:
I.V.A RÉGIMEN COMÚN ()	
REGIMEN SIMPLIFICADO ()	

* Si Tiene varias actividades favor relacionar en orden de importancia

4. DATOS DEL ENCARGADO DE VERIFICAR LOS ABONOS EFECTUADOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CARGO ACTUAL	TELEFONO DIRECTO	E-mail
		CIUDAD

5. DATOS DE LA CUENTA A ABONAR

CODIGO BANCO	NOMBRE DEL BANCO	CODIGO SUCURSAL	NOMBRE SUCURSAL
NUMERO DE LA CUENTA	TIPO DE CUENTA	TITULAR DE LA CUENTA	
	CORRIENTE () AHORROS ()		

"Comprometidos con el Servicio y la Calidad"

	FORMATO DE INSCRIPCION DE PROVEEDOR	Código: IS.F.03
		Versión: 02
		TRD:

6. AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR

AUTORIZAMOS A LA RED DE SALUD DEL NORTE E.S.E. A CONSIGNAR EN LA CUENTA ANTERIORMENTE MENCIONADA LOS VALORES CORRESPONDIENTES AL PAGO DE NUESTRAS FACTURAS, QUE ESTAN ESTIPULADAS.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL:	NIT:	SELLO:

7. DATOS PERSONAL DE CONTACTO

CONTACTO AREA DE VENTAS:	TEL:	E-mail
CONTACTO AREA DE DESPACHOS:	TEL:	E-mail
CONTACTO AREA FINANCIERA:	TEL:	E-mail

8. DOCUMENTOS ANEXOS (REQUISITOS ESENCIALES).

DOCUMENTOS PROVEEDOR INSUMOS

1. Certificación juramentada de no estar incurso en inhabilidades o incompatibilidades o conflicto de intereses para contratar con la ESE NORTE.
2. Fotocopia de la Cédula de ciudadanía. (proponente o su representante legal)
3. Fotocopia del NIT ó RUT expedido por la DIAN (completo actualizado)
4. Certificado de antecedentes de manejo fiscal expedido por la CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA tanto de la Empresa como del Representante Legal o persona Natural.
5. Certificado de antecedentes disciplinarios expedido por la PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN (Ley 190 de 1995) del Representante Legal
6. Certificado de antecedentes penales expedido la policía nacional del Representante Legal.
7. Certificación de Cumplimiento de afiliación y pago al SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL (SALUD – PENSIÓN y A.R.P.) (Artículo 50 de la Ley 789 de 2002) y Cumplimiento de afiliación y pago de APORTES PARAFISCALES (SENA, ICBF y SUBSIDIO FAMILIAR) – cuando a ello haya lugar – Artículo 50 Ley 789 de 2002, Ley 21 de 1982, firmada por el Representante Legal o la planilla de pago si se trata de persona natural.
8. Certificación de existencia y representación legal o matrícula mercantil expedido por la CÁMARA DE COMERCIO, fecha de expedición no mayor de 45 días.
9. Formulario de Registro de Clientes GF.F.24 (SARLAFT)
10. Declaración de Renta Ultimo Año
11. Certificado por escrito de Cuenta Bancaria Para Transferencia de pagos
12. Dos Referencias Comerciales Por Escrito Entidades de Salud
13. Política de Devoluciones por Escrito.

FECHA: _____

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

“Comprometidos con el Servicio y la Calidad”