

FORMULARIO DE VINCULACION DE PROVEEDORES



Fecha de Diligenciamiento

Nuevo Actualización

Versión 2014

1. PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>
TIPO DE DOCUMENTO	<input type="text"/>	NÚMERO	<input type="text"/>	FECHA DE EXPEDICIÓN	<input type="text"/>
LUGAR	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>		
NACIONALIDAD	<input type="text"/>	ACTIVIDAD	<input type="text"/>	OCUPACIÓN	<input type="text"/>
CUAL	<input type="text"/>	ACTIVIDAD ECONOMICA	<input type="text"/>		
PROFESION	<input type="text"/>		CIUDAD	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN	<input type="text"/>			TELÉFONO	<input type="text"/>
FAX	<input type="text"/>				
DIRECCIÓN RESIDENCIA	<input type="text"/>	CIUDAD	<input type="text"/>	DEPARTAMENTO	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>

2. PERSONA JURIDICA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	<input type="text"/>				NIT	<input type="text"/>		
REPRESENTANTE LEGAL PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>	NOMBRES	<input type="text"/>			
TIPO DE DOCUMENTO	<input type="text"/>	NÚMERO	<input type="text"/>	FECHA DE EXPEDICIÓN	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>	
LUGAR	<input type="text"/>		CIUDAD	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
OFICINA PRINCIPAL: DIRECCIÓN	<input type="text"/>		CIUDAD	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
SUCURSAL O AGENCIA: DIRECCIÓN	<input type="text"/>		CIUDAD	<input type="text"/>	TELÉFONO	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>
TIPO DE EMPRESA	<input type="text"/>	SECTOR DE LA ECONOMÍA	<input type="text"/>	CUAL	<input type="text"/>			
ACTIVIDAD ECONOMICA	<input type="text"/>	E-MAIL	<input type="text"/>					

IDENTIFICACION DE LOS ACCIONISTAS O ASOCIADOS:

TIPO ID	NÚMERO ID	NOMBRE	Por su cargo o actividad , maneja recursos públicos?	Por su cargo o actividad , ejerce algún grado de poder público?	Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. INFORMACION FINANCIERA DE LA EMPRESA

INGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>	EGRESOS MENSUALES (Pesos)	<input type="text"/>
ACTIVOS (Pesos)	<input type="text"/>	PASIVO (Pesos)	<input type="text"/>
PATRIMONIO (Pesos)	<input type="text"/>	OTROS INGRESOS (Pesos)	<input type="text"/>
CONCEPTO OTROS INGRESOS	<input type="text"/>		

4. ACTIVIDADES EN OPERACIONES INTERNACIONALES

REALIZA TRANSACCIONES EN MONEDA EXTRANJERA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CUAL	<input type="text"/>	INDIQUE OTRAS OPERACIONES	<input type="text"/>
--	---	------	----------------------	---------------------------	----------------------

5. IMPUESTOS

Régimen Simplificado Régimen Común Gran Contribuyente

Exento de Impuesto a las Ventas

Autoretenedor

Indique Número de Resolución DIAN _____

Exento de ICA

Indique Número de Resolución DIAN _____

Código Actividad Industria y Comercio

CIU

6. CLAUSULA DE AUTORIZACIÓN

Declaro expresamente que:

Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

Para efectos de efectuar el servicio o suministro al EL FONDO DE EMPLEADOS FESAC, suministro mis datos personales para todos los fines precontractuales y contractuales respectivos.

EL FONDO DE EMPLEADOS FESAC me ha informado, de manera expresa: 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por EL FONDO DE EMPLEADOS FESAC para las siguientes finalidades: i) El trámite de mi solicitud de vinculación como proveedor ii) La ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre. iii) El control y la prevención del fraude. iv) Controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral v) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado. vi) Envío de información relativa a la educación financiera, encuestas de satisfacción de clientes y ofertas comerciales, así como de otros servicios inherentes a la actividad del FONDO DE EMPLEADOS FESAC. vii) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por EL FONDO DE EMPLEADOS FESAC, viii) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS), en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o las normas que lo modifiquen y las reglamentaciones aplicables ix) Intercambio o remisión de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales e intergubernamentales suscritos por Colombia, x) La prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. xi) Consulta y envío de información a las centrales de riesgo crediticio. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por las citadas sociedades o por los encargados del tratamiento que ellas consideren necesarios. 3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: i) Las personas jurídicas que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o casa matriz de EL FONDO DE EMPLEADOS FESAC. ii) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con EL FONDO DE EMPLEADOS FESAC, tales como: call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, entre otros. iii) Personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento se debe tener en consideración que la Circular Externa 006 de 2014 de la Superintendencia de Economía Solidaria exige las mismas. 6. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los Responsables del tratamiento de la información es EL FONDO DE EMPLEADOS FESAC.

AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el Tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en este documento.

7. AUTORIZACION PARA CONSIGNACION O TRANSFERENCIA A CUENTAS BANCARIAS

Nombre completo del titular de la cuenta

Tipo de cuenta:

Ahorros

Corriente

Ciudad

Banco

No. Cuenta

8. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior declaro que la información suministrada es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL



HUELLA

8. CONFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha de Verificación: Día ____ Mes ____ Año _____

Observaciones: _____

Hora de Confirmación: _____

Nombre y Cargo de Quien Verifica _____

Firma _____

Resultado del Proceso:

APROBADO

RECHAZADO