

**INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES**
**CÓDIGO**
**A3FR10**
**VERSIÓN: 01**
**PÁGINA**
**1 DE 1**

Inscripción ☒ Actualización ☐
**Datos Básicos del Proveedor (Registrados en el RUT)**

Nombre Completo o Razón Social		Sigla		Tipo de Identificación		Número de Identificación	
QUIMETALES S.A.S E.S.P		QUIMETALES		NIT <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		900409152	
Tipo de Personería		País		Departamento		Ciudad /Estado/ Provincia	
P. Jurídica <input checked="" type="checkbox"/> P. Extranjera <input type="checkbox"/> P. Natural <input type="checkbox"/>		COLOMBIA		ANTIOQUIA		LA ESTRELLA	
Dirección de notificación		CRA 50 96 A SUR 280					
Página Web		Correo Electrónico (Registrado en RUT)		Teléfono Principal (Registrado en RUT)		Extensiones	
<a href="http://www.quimetales.com">www.quimetales.com</a>		<a href="mailto:gerencia@quimetales.com.co">gerencia@quimetales.com.co</a>		444-09-56		100	
Otros números de teléfono (Registrado en RUT)		3183441983-3105424723					
Número de Registro Mercantil		Fecha de Registro (DD/MM/AA)		Fecha de Vencimiento (DD/MM/AA)		Fecha Finalización de la Sociedad (DD/MM/AA)	
142479		21-ene-11					
Escritura de Constitución Número		Fecha de Constitución (DD/MM/AA)		Número de Notaria		Ciudad	
71948		21/01/2011				La estrella	
Departamento		Antioquia					

Enuncie los Productos o Servicios que ofrece el Proveedor: (Si el espacio es insuficiente anexe una hoja o catálogo)

RECOLECCION Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS DE ORIGEN HOSPITALARIO, INDUSTRIAL, COMERCIAL Y RESIDENCIAL

¿Es vigilado por alguna Superintendencia?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	(Si la respuesta es si) Cual?	
¿Tiene alguna practica para prevenir el riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo en su entidad?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>		
¿Cuenta con un Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo bajo la legislación vigente aplicable? (Aplica para proveedor persona Jurídica)		SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	(Si la respuesta es si) Indique % de Cumplimiento?	
				91%	

**Datos Representante Legal**

Nombre Completo del Representante Legal		Correo Electrónico del Representante Legal			
GONZALO SALAZAR GALLO		<a href="mailto:gerencia@quimetales.com.co">gerencia@quimetales.com.co</a>			
Tipo de Identificación		Número de Identificación		Fecha de Expedición (DD/MM/AA)	
Cédula de Ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		3396959		26/01/1999	
Teléfonos		3183441983			
Atribuciones del Representante Legal		Limitaciones del Representante Legal			
LAS EGISTRADAS EN CÁMARA DE COMERCIO		LAS REGISTRADAS EN CÁMARA DE COMERCIO			

**Datos Básicos de la Persona de Contacto del Proveedor**

Nombre completo del representante de ventas o contacto por parte del Proveedor		Tipo de Identificación		Número de Identificación		Teléfono Móvil	
JUAN PABLO DUARTE		Cédula de Ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		1037649054		3162896037	
Ciudad		Dirección		Teléfono Fijo		Correo Electrónico	
		CRA 50 96 A SUR 280		444-09-56		<a href="mailto:ambiental2@quimetales.com.co">ambiental2@quimetales.com.co</a>	
Fax		N.A					

**Información Tributaria**

Régimen de IVA		Tipo de Proveedor		Indique si es Autorretenedor		Indique si es Gran Contribuyente	
Común <input type="checkbox"/>		Declarante <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> (Adjuntar Resolución)		SI <input type="checkbox"/> (Adjuntar Resolución)	
Simplificado <input type="checkbox"/>		No Declarante <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		Número de Resolución	
				Fecha (DD/MM/AA)		Fecha (DD/MM/AA)	
Actividad Principal		Tipo de Empresa		Tipo de Negocio			
RECOLECCION Y TRANSPORTE DE RESIDUOS PELIGROSOS		Privada <input checked="" type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Sin Animo de Lucro <input type="checkbox"/>		Fabricante <input type="checkbox"/> Distribuidor <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input checked="" type="checkbox"/> Importador <input type="checkbox"/>			
Actividad Económica (ICA)		Indique si es exento de Impuesto de Industria y Comercio (ICA)					
Código CIU		Comercial <input type="checkbox"/> Servicios <input checked="" type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> Nro. de Resolución			
Tarifa x Mil		MEDELLIN Sector Financiero <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>		NO <input checked="" type="checkbox"/> Fecha (DD/MM/AA)			

**Información de Socios**

(Relacionar los socios que tengan individualmente una participación accionaria mayor al 5%; si el espacio es insuficiente anexe un listado)

Nombre y Apellidos del Socio/Nombre Razón Social	Tipo de Identificación				Número de Identificación	Porcentaje de Participación Accionaria
	NIT	Cédula de Ciudadanía	Cédula de Extranjería	Pasaporte		
GONZALO SALAZAR GALLO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3396959	80%
CO INSPIRAMOS S.A.S	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	901271611	20%
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Información Financiera**

(Ingrese valores en pesos colombianos con fecha de último corte efectuado)

Fecha de Corte (DD/MM/AA)	Activo Corriente	Pasivo Corriente	Inventarios	Activo Total	Pasivo Total	Capital
31/12/2021	\$ 1.619.980.060,00	\$ 553.812.360,00	\$ 10.030.626,00	\$ 2.227.959.930,00	\$ 776.342.290,00	\$ 140.000.000,00

**Sedes o Ciudades en las cuales presta el servicio**

(Si el espacio es insuficiente anexe un listado)

País	Departamento	Los campos deben diligenciarse en su totalidad cuando no aplique diligenciar las siglas NA.	Teléfono
------	--------------	---	----------

	INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES				
	CÓDIGO	A3FR10	VERSIÓN: 01	PÁGINA	1 DE 1
COLOMBIA	ANTIOQUIA	LA ESTRELLA	CRA 50 96 A SUR 280 PINAR DEL RIO BODEGA 18		444-09-56
<b>Información para realizar los pagos al Proveedor</b> ALBERTO CADAVID R & CIA S.A. Solo realiza consignaciones en cuentas corrientes o de ahorros autorizadas por el proveedor, por lo tanto autorizo el abono a la siguiente cuenta por todos los conceptos que se causen en esta relación comercial.					
Nombre Entidad Bancaria	Oficina / Sucursal	Número de Cuenta		Tipo de Cuenta	
BANCOLOMBIA	LA ESTRELLA	24354298582		Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input checked="" type="checkbox"/>	
Nombre Entidad Bancaria (si el Proveedor es una empresa Extranjera)	País/Ciudad	Oficina / Sucursal	Número de Cuenta	Codigo IBAN/SWIFT	
N.A					
<b>Referencias Comerciales</b>					
Nombre Razón Social	Ciudad	Dirección	Persona Encargada	Telefono	Observaciones
LABORATORIO MEDICO ECHAVARRIA	MEDELLIN	MEDELLIN	YASMIN IBARRA	4444343 Opc. 3 Ext 174	
<b>Referencias Bancarias</b>					
Nombre Entidad Financiera	Oficina / Sucursal	Número de Cuenta	Ciudad	Teléfono	
BANCOLOMBIA	LA ESTRELLA	24354298582	LA ESTRELLA	3186084972	
N.A					
<b>Relación Proveedor con Empleados</b>					
¿El proveedor tiene alguna relación familiar o por afinidad con un empleado de ALBERTO CADAVID R & CIA S.A.?			SI <input type="checkbox"/> (Diligencie la siguiente información)		NO <input checked="" type="checkbox"/>
Nombre Empleado	Cargo	Parentesco	Observaciones		
<b>Declaración Voluntaria de Origen de Fondos por parte del Proveedor</b>					
Yo, identificado con el nombre y documento de identidad expedido en lugar y fecha indicados tal como lo he diligenciado en este documento, obrando en nombre propio y/o en representación legal de la empresa, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos:					
a) Los recursos que utilizo provienen del cumplimiento de mis actividades Comerciales.					
b) Declaro que los recursos que utilice en cualquier parte del territorio colombiano provienen de actividades lícitas y en ningún momento contravienen el Código Penal Colombiano, ni otras normas que lo modifiquen.					
c) No efectúe transacciones destinadas a actividades ilícitas o en favor de personas relacionadas con ellas					
<b>Autorizaciones y Declaraciones del Proveedor</b>					
Declaro(amos) que: 1. Conozco(amos) y acepto(amos) que el diligenciamiento y posterior entrega del presente Formato de Registro de Proveedor a ALBERTO CADAVID R & CIA S.A., no constituye compromiso alguno por parte de ALBERTO CADAVID R & CIA S.A. para llegar a tener relación comercial alguna. 2. El pago efectuado por ALBERTO CADAVID R & CIA S.A., por servicios y/o suministros prestados, se realiza de acuerdo con la forma de pago arriba definida y descrita en el presente formato; la cuenta allí determinada se entiende como destino final para el pago de facturas y/o cuentas de cobro, salvo instrucción en contrario suscrita por mi(nuestro) Representante Legal o apoderado, la cual debe ser enviada a ALBERTO CADAVID R & CIA S.A. con una antelación no inferior a cinco (5) días hábiles a la fecha del vencimiento de la respectiva factura/cuenta de cobro. 3. Conozco(amos) y acepto(amos) las políticas de contratación de bienes y servicios vigentes en ALBERTO CADAVID R & CIA S.A.. 4. Las afirmaciones e información contenidas en el presente formato son ciertas y no se ha malversado u omitido ningún hecho material después de una completa indagación. El presente formato, conjuntamente con cualquier otra información que suministre(mos) es parte integral de cualquier documento suscrito que rija la relación comercial que a futuro se pueda llegar a tener con ALBERTO CADAVID R & CIA S.A. 5. Me(nos) comprometo(emos) a informar a ALBERTO CADAVID R & CIA S.A. sobre cualquier cambio en la información suministrada en el presente formato.					
Autorizo(amos) de manera expresa e irrevocable a ALBERTO CADAVID R & CIA S.A., a quien represente sus derechos o a sus sucesores a cualquier título a: 1. Solicitar a cualquier operador de bases de datos e información financiera, crediticia, comercial, de servicios, nacional o del exterior, toda la información referente a mi(nuestro) comportamiento, de conformidad con la normatividad vigente sobre bases de datos. 2. Obtener o verificar de terceros mi(nuestra) información aquí suministrada en el presente formato. 3. Para dar por terminado unilateralmente cualquier relación comercial en caso de inexactitud o incumplimiento de lo aquí indicado o en el clausulado de cualquier documento suscrito que rija la relación comercial entre el Proveedor y ALBERTO CADAVID R & CIA S.A..					
Ciudad y Fecha de diligenciamiento		Firma Representante Legal y Sello del Proveedor			
LA ESTRELLA 13 DE OCTUBRE DE 2022					

<b>Para uso exclusivo de ALBERTO CADAVID R &amp; CIA S.A.</b>			
<b>CONTROL VINCULACIÓN</b>			
Control	Fecha	Revisado Por:	Observaciones
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS			
VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS COMERCIALES			
VALIDACIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y BASES DE DATOS			
FORMATO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES			
Observaciones:			
Nombre Líder de Compras		Firma	