

INSCRIPCIÓN DE PROVEEDOR Y/O CONTRATISTAS

VERSIÓN: 05

CÓDIGO: FO-BS-004

FECHA: 07/Ene/2020

1. IDENTIFICACIÓN GENERAL PROVEEDORES Y CONTRATISTAS

NOMBRE DE LA FIRMA CONTRATISTA O PROVEEDOR

DIRECCIÓN DEL CONTRATISTA O PROVEEDOR

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL CONTRATISTA O PROVEEDOR

2. VERIFICACIÓN DOCUMENTAL PROVEEDORES

2.1. DOCUMENTOS GENERALES PARA EVALUAR LEGALIDAD DE LA EMPRESA

Fecha:

SI

NO

N.A(*)

OBSERVACIONES

Cuenta con certificado de cámara y comercio

Cuenta con Registro Único Tributario –RUT- Vigente

Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía o Extranjería del Representante Legal o Contratista

Estados Financieros del último año cuando (cuando aplique)

Cuenta con licencias, Decretos, Resoluciones, Acuerdos, acreditaciones o permisos de autoridades de control (según aplique).

OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA

(*) N.A. No aplica

2.2. DOCUMENTOS SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE

(Elija el proveedor / contratista que aplique para el análisis)

Centros médicos:	Fecha:			OBSERVACIONES
	SI	NO	N.A	
Licencia de Salud Ocupacional Vigente del Centro Médico				No. de Resolución: Año de expedición: Autoridad que la expide:
Licencia vigente de los médicos especialistas en Salud Ocupacional				No. de Resolución: Año de expedición: Autoridad que la expide:
Tarjeta profesional de los profesionales que realizan exámenes complementarios y laboratorios (Ej.: Fonoaudióloga, Optómetra, Bacterióloga)				
Habilitación centro médico Secretaria Salud donde opera el centro médico				
Certificados de calibración de los equipos de monitoreo para los exámenes de Salud Ocupacional y complementarios (Ej.: Audiómetro, Espirómetro, Equipo de optometría etc.)				
Otros				
<u>Empresas servicio de transporte</u>				
Revisión tecno mecánica vigente				
Planilla de aportes Seguridad Social Integral (ARL, AFP, EPS, CCF) del personal asignado a la Entidad (Verificar los tres últimos meses).				
Certificados de aptitud médica para Conducción.				
Documento del PESV de acuerdo a la Resolución 1565 de 2012 y Plan de mantenimiento preventivo.				
Plan de capacitaciones SST, y Soportes capacitaciones SST.				
Seguro obligatorio accidentes de tránsito (SOAT)				
Pólizas de responsabilidad civil contractual				
Póliza de responsabilidad civil extracontractual				
Otros				
<u>Mantenimiento, Obra Civil</u>				
Planilla de aportes Seguridad Social Integral (ARL, AFP, EPS, CCF) del personal asignado a la Entidad (Verificar los tres últimos meses).				

	INSCRIPCIÓN DE PROVEEDOR Y/O CONTRATISTAS	VERSIÓN: 05
		CÓDIGO: FO-BS-004
		FECHA: 07/Ene/2020

Certificado de curso de alturas.				
Certificados de aptitud médica para trabajar en alturas.				
Documentados SG SST (matriz de peligros, procedimiento de reporte AT, Matriz de EPP, ATS, permisos de tareas del alto riesgo, programa de trabajo seguro en alturas).				
Plan de capacitaciones SST, y Soportes capacitaciones SST.				
Otros documentos requeridos según actividad económica de la empresa.				
Proveedores Dotaciones y Elementos de Protección Personal –EPP–				
Fichas técnicas de los Elementos de Protección Personal –EPP– suministrados				Deben cumplir normas ANZI o Icontec

3. VERIFICACIÓN DOCUMENTAL CONTRATISTAS

EMPRESAS DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA	Fecha:			OBSERVACIONES
	SI	NO	N.A	
Licencia para prestar el servicio de vigilancia privada expedido por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada.				
Certificado expedido por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada en la cual conste que la Empresa a contratar no cuenta con ningún tipo de sanción				
Permiso para la tenencia o para el porte de armas				
Credencial de identificación vigente expedida por la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada				
Fotocopia auténtica del permiso de porte correspondiente del vigilante.				
Copia de la acreditación y de las competencias (experiencia, formación, entrenamiento) del personal de Vigilancia asignado a la entidad.				
Certificado de aptitud médica Salud Ocupacional del (los) vigilante (s) asignados al servicio conforme profesiograma de exámenes médicos de la Empresa de Vigilancia (Incluir valoración psicológica, optometría, audiometría)				
Evidencias del suministro de los elementos de protección personal –EPP– al personal asignado a la Entidad.				
Evidencias del suministro de dotación al personal asignado a la Entidad.				
Planilla de aportes Seguridad Social Integral (ARL, AFP, EPS, CCF) del personal asignado a la Entidad (Verificar los tres últimos meses).				

INSCRIPCIÓN DE PROVEEDOR Y/O CONTRATISTAS

VERSIÓN: 05

CÓDIGO: FO-BS-004

FECHA: 07/Ene/2020

Manual descriptor del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo –SST-				
OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA				
<u>EMPRESAS DE ASEO Y CAFETERÍA</u>	Fecha:			OBSERVACIONES
	SI	NO	N.A	
Planilla de aportes Seguridad Social Integral (ARL, AFP, EPS, CCF) del personal asignado a la Entidad (Verificar los tres últimos meses).				
Certificados de aptitud médica para manipuladores de alimentos del personal de Cafetería				
Certificado vigente que acredite al personal en la asistencia al curso de manipuladores de alimentos y bioseguridad.				
Carnet de vacunas esquema completo para tétano y Hepatitis B.				
Para las actividades de limpieza: Hojas de seguridad de los productos a utilizar, los cuales, en lo posible deben ser biodegradables.				
Evidencias del suministro de los elementos de protección personal –EPP- al personal asignado a la Entidad.				
Evidencias del suministro de dotación al personal asignado a la Entidad.				
Manual descriptor del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo –SST				
OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA				
<u>CONSULTORES EXTERNOS</u>				
Hoja de vida del profesional				
Licencias de prestación del servicio o Tarjeta profesional				
Afiliación a Seguridad Social (EPS, ARL, AFP)				
Otros				
OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA				

(*) N.A.: No aplica. / NOTA: Todos los documentos deben ser vigentes. Para las licencias de salud ocupacional tener en cuenta fechas de emisión de las resoluciones

INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Gran contribuyente (No autoretenedor del IVA)

☐

Gran contribuyente (Autoretenedor del IVA) **Si** __ **No** _ _

Régimen Común

☐

Régimen simplificado

☐

Extranjero

☐

No. Resolución: _____

DATOS DEL GERENTE O JEFE DE STAFF EN CARGADO DEL REGISTRO DEL PROVEEDOR

Nombre: _____

Cargo: _____

CONSULTA A CENTRALES DE INFORMACIÓN Y BANCOS DE DATOS

Mediante la suscripción del presente formato como proveedor declaro expresamente que autorizo a la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI, para que en cualquier momento con fines de control y supervisión consulte la información que sobre nosotros exista en las centrales de riesgo. De igual forma certifico que nuestras actividades son ejercidas de forma lícita y dentro del marco legal. Así mismo que los recursos y bienes asociados no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano. Autorizo Expresamente a COMFACUNDI a realizar las consultas pertinentes en la lista Clinton o Listas OFAC (Iffce of Foreign Assets Control) del departamento del tesoro de los Estado Unidos de América y en la lista del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

Firma Proveedor y/o Contratista

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorización Tratamiento de la Información: Autorizo expresamente de manera libre, previa, voluntaria y debidamente informada, a la Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI Nit 860.045.904-7, actualizar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mi o por la empresa, así como para transferir dichos datos de manera total o parcial a sus filiales y aliados estratégicos con fines administrativos, comerciales y de mercadeo, para el envío de información sobre diferentes programas y servicios y en especial para el envío de campañas publicitarias o comerciales, invitaciones a eventos, evaluar la calidad del servicio, realizar estudios o investigaciones de mercado, comercialización de servicios y productos a través de los diferentes canales de información, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por consiguiente autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contacto, entre otros: Número de teléfono móvil, Correo Electrónico, Dirección de correspondencia, Teléfonos fijos, o cualquier otro medio de contacto físico o electrónico que lo permita y que tenga registrado en COMFACUNDI.

Firma Proveedor y/o Contratista