

REGISTRO PROVEEDORES

Feito **SYLVANIA**
GF105-1

FECHA:	Día:	Mes:	Año:	Ciudad:
--------	------	------	------	---------

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR

RAZÓN SOCIAL:		NATURALEZA JURÍDICA:	
NIT:		<input type="checkbox"/> Persona Natural	<input type="checkbox"/> Persona Jurídica
TIPO DE SOCIEDAD (No aplica para persona natural)		<input type="checkbox"/> Sociedad Anónima	<input type="checkbox"/> Sociedad Limitada
<input type="checkbox"/> Empresa Estatal	<input type="checkbox"/> Sucursal Colombia Empresa Extranjera	<input type="checkbox"/> Empresa Extranjera	<input type="checkbox"/> Empresa Unipersonal
		<input type="checkbox"/> Otra	Cual?

SEDE PRINCIPAL

DIRECCIÓN:		DEPARTAMENTO:		PAÍS:	
CIUDAD:					
TELÉFONO (PRINCIPAL):			OTROS:		FAX:
EMAIL:		CELULAR:		PÁGINA WEB:	

SUCURSALES (Si se tienen mas de dos sucursales por favor adjuntar dirección, teléfono y contacto de cada sucursal)

CIUDADES Y DIRECCIONES					
-------------------------------	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		Código CIU
Descripción		
ACTIVIDAD ECONÓMICA SECUNDARIA		Código CIU
Descripción		
ACTIVIDAD ECONÓMICA TERCARIA		Código CIU
Descripción		
OTRAS ACTIVIDADES		

BIENES Y/O SERVICIOS QUE COMERCIALIZA	
--	--

2. REPRESENTANTE LEGAL Y PERSONAS DE CONTACTO

REPRESENTANTE LEGAL:		DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN:	
CARGO:		TELÉFONO DIRECTO:	
CELULAR:	E-MAIL:	FAX:	

PERSONAS DE CONTACTO

ÁREA	NOMBRE	CARGO	TELÉFONO DIRECTO	CELULAR	E-MAIL

3. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

<p>RESPONSABLE IMPUESTO A LAS VENTAS <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>GRAN CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;">RETENCIÓN EN LA FUENTE</p> <p>AUTORETENEDOR <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>SUJETO DE RETENCIÓN <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <hr/> <p style="text-align: center;">OTROS</p> <p>OBLIGADO A DECLARAR RENTA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
--	---

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL Y SELLO

La información remitida sólo tendrá validez si el formato está firmado por el representante legal y con sello de la empresa, quien certifica que todo lo consignado en este formulario es información veraz y confirmable .

¿Qué condición de pago se pactó? :

Datos Bancarios

Numero:

Tipo:

DOCUMENTOS ANEXOS

Para personas jurídicas / Jurídicas naturales:	Medio	Para personas (No responsables):	Medio
1. Certificado de la cámara de comercio donde se acredite la Existencia y Representación Legal de la persona jurídica. No mayor a 30 días.	Físico	1. Certificado de la cámara de comercio.	Físico
2. Copia del RUT	Físico	2. Copia del RUT	Físico
3. Copia de la cedula de ciudadanía del Representante Legal, totalmente legible.	Físico	3. Copia de la cedula de ciudadanía	Físico
4. Formato compromiso anticorrupcion firmado	Físico	4. Formato compromiso anticorrupcion firmado	Físico
5. Formato autodeclaracion de cumplimiento de aspectos SGSST	Físico	5. Formato autodeclaracion de cumplimiento de aspectos SGSST	Físico
6. Certificados cuenta bancaria para efectos de pago.	Físico	6. Certificados cuenta bancaria para efectos de pago.	Físico
7. Estados financieros.	Físico	7. Estados financieros	Físico
8. Autorizacion para el tratamiento de datos personales	Físico	8. Autorizacion para el tratamiento de datos personales	Físico

REGISTRO PROVEEDORES	Folio SYLVANIA GF105-1
-----------------------------	-----------------------------------

<i>Identificación de los accionistas o asociados que participen directa o indirectamente en el capital social, aporte o participación (en caso de requerir mas espacio por favor adjuntar relación)</i>		
Razón social o nombre completo	Tipo de identificación	Numero
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT	
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT	
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT	
	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> NIT	

IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIOS FINALES			
<i>Los datos solicitados en este formulario, corresponden al suministro de información para la identificación de beneficiarios finales, en cumplimiento del deber consagrado en el parágrafo 4 del artículo 12 de la ley 2195 de 2022, y artículo 631-5 del estatuto tributario.</i>			
Nombres y apellidos:		Tipo de identificación:	Numero identificación: Pais expedición:
		<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> ID EXT	
Fecha de nacimiento:	Pais de nacimiento:	Pais nacionalidad:	PEP**:
D: M: A:			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección residencia:		Ciudad residencia:	Departamento resid: Pais residencia :
PEP** : Persona Expuesta Políticamente			

Nombres y apellidos:		Tipo de identificación:	Numero identificación: Pais expedición:
		<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> ID EXT	
Fecha de nacimiento:	Pais de nacimiento:	Pais nacionalidad:	PEP**:
D: M: A:			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección residencia:		Ciudad residencia:	Departamento resid: Pais residencia :
PEP** : Persona Expuesta Políticamente			

Nombres y apellidos:		Tipo de identificación:	Numero identificación: Pais expedición:
		<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> ID EXT	
Fecha de nacimiento:	Pais de nacimiento:	Pais nacionalidad:	PEP**:
D: M: A:			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección residencia:		Ciudad residencia:	Departamento resid: Pais residencia :
PEP** : Persona Expuesta Políticamente			

Nombres y apellidos:		Tipo de identificación:	Numero identificación: Pais expedición:
		<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> ID EXT	
Fecha de nacimiento:	Pais de nacimiento:	Pais nacionalidad:	PEP**:
D: M: A:			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dirección residencia:		Ciudad residencia:	Departamento resid: Pais residencia :
PEP** : Persona Expuesta Políticamente			