

**VINCULACIÓN DE PROVEEDORES****CÓDIGO**

PA-GCO-F-004

**ELABORADO**

Coordinador HSEQ

**REVISADO Y APROBADO**

Director administrativo y financiero

**Versión 03**

15/05/2017

**INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA**

NOMBRE / RAZÓN SOCIAL		SIGLA:			
TIPO DE PERSONA				PROVEEDOR DE:	
NATURAL	CC	EQUIPOS	MANTENIMIENTO		
JURIDICA	NIT	OTROS:	SERVICIOS		
TIEMPO DE RESPUESTA A PEDIDOS:		1 DIA	1 A 3 DIAS	MAS DE 3 DIAS	
TELEFONO	FAX	MAIL			
CIUDAD	DEPARTAMENTO	DIRECCION			
ACTIVIDAD PRINCIPAL		CODIGO			

NOMBRE DE RESPONSABLE DE FACTURACION	
NOMBRE CONTACTO COMERCIAL	
CARGO	CELULAR
CORREO ELECTRONICO	

PERTENECE A UN GRUPO ECONOMICO?	SI	NO	CUAL?	
---------------------------------	----	----	-------	--

ES GRAN CONTRIBUYENTE	SI	NO	ES AUTORRETENEDOR	SI	NO
ES RESPONSABLE DE IVA	SI	NO	TIPO DE REGIMEN		

TIPO Y No. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL, SOCIOS CON PARTICIPACIÓN MAYOR AL 5%, REVISOR FISCAL	TELEFONO	DIRECCIÓN Y CIUDAD	E-MAIL

\*En caso de que los accionistas sea persona jurídica, especifique la razón social e identificación de la misma, en caso tal, que requiera mayor espacio para registrar la información, anexar un cuadro aparte.

REFERENCIAS COMERCIALES	CIUDAD	TELEFONO

**INFORMACION FINANCIERA (ULTIMO AÑO)**

INGRESOS	PATRIMONIO	PAGARÉ
EGRESOS	OTROS INGRESOS	

**REFERENCIAS BANCARIAS**

PARA PAGOS	ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	No. CUENTA	TELEFONO	AHORRO	CORRIENTE

---

**FIRMA REPRESENTANTE LEGAL****MANIFESTACIONES**

Declaro que: Los recursos que eventualmente recibiré por ejercicio de transacciones comerciales con la empresa TRANSOIL DE COLOMBIA S.A.S y PETROMIL GAS S.A.S E.S.P, no serán destinados a financiar ninguna actividad ilícita. La información suministrada en el presente formulario es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud en la documentación, será causa de finalización de cualquier proceso, transacción o vínculo con TRANSOIL DE COLOMBIA S.A.S y PETROMIL GAS S.A.S E.S.P. En caso de ser persona jurídica, declaro que los recursos de constitución no provienen de ninguna actividad ilícita.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, obrando en nombre propio, u obrando en representación legal de \_\_\_\_\_, identificado(a) con número \_\_\_\_\_, manifiesto de forma libre, consciente, expresa, informada y espontánea que autorizo a PETROMIL GAS S.A.S E.S.P Y TRANSOIL DE COLOMBIA S.A.S. y PETROMIL GAS S.A.S E.S.P para continuar con el tratamiento de la información personal en el (los) grupo(s) de interés de cual actualmente hago parte (o hace parte mi representado) y bajo las correspondientes finalidades de cada grupo de interés. Asimismo, manifiesto que he sido informado por parte de PETROMIL GAS S.A.S E.S.P Y TRANSOIL DE COLOMBIA S.A.S, acerca del Tratamiento de datos personales de los cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de empresa. He sido notificado de mis derechos como titular de los datos, basados en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales. PETROMIL GAS S.A.S E.S.P Y TRANSOIL DE COLOMBIA S.A.S, disponen de un canal de comunicación de Peticiones, quejas y Reclamos, a través, del cual será atendida cualquier solicitud con respecto a mis derechos.

**DOCUMENTOS A ANEXAR**

1. Certificado de Cámara de Comercio (No superior a 30 días)
2. Fotocopia del RUT
3. Fotocopia de la cédula del representante legal
4. 2 Referencias comerciales.
5. Fotocopia de las certificaciones de sistemas de gestión.
6. Estados financieros correspondientes al último ejercicio contable
7. Fotocopia de los permisos y/o licencias aplicables a la actividad que desarrollan o a su objeto social.
8. Una certificación bancaria con la información y el número de la cuenta en la cual se deberá realizar el pago de los servicios por parte de nuestra organización.

PERSONA RESPONSABLE DE REVISAR DOCUMENTACION		AREA QUE AUTORIZA:	
NOMBRE:		NOMBRE COORDINADOR:	
FIRMA:		FIRMA COORDINADOR:	

**No. DE HOJAS ANEXAS AL PRESENTE FORMULARIO:**