



.....
FORMATO UNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES



Información Obligatoria (*)

Nuevo Registro Actualización de Datos Renovación Anual

Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROVEEDOR(*)

Tipo de identificación Número de identificación Nombre Comercial
 C.C C.D C.E. PA. NIT IFE

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (primero nombres, luego apellidos)

Grupo Empresarial al que pertenece (si pertenece a alguno)

Información del representante Legal

Tipo de identificación Número de identificación Nombres y apellidos del Representante Legal (primero nombres, luego apellidos)
 C.C C.D C.E. PA.

Información persona contacto comercial

Tipo de identificación Número de identificación Nombres y apellidos Persona Contacto
 C.C C.D C.E. PA.

Cargo Ciudad Departamento País (Si es diferente a Colombia)

Teléfono (Sin indicativo) Fax (Sin indicativo) Beeper Código Celular

Dirección Correo Electrónico

Información persona contacto para pagos (autorizo el envío de la clave de suramericana.com al correo electrónico de persona contacto)

Tipo de identificación Número de identificación Nombres y apellidos Persona Contacto (o Administrador de la clave)
 C.C C.D C.E. PA.

Ciudad Departamento País (Si es diferente a Colombia) Teléfono (Sin indicativo)

Fax (Sin indicativo) Correo Electrónico

INFORMACIÓN UBICACIÓN (*) (si tiene más de dos, enviar hoja adicional adjunta)

Ciudad Oficina Principal Departamento Oficina Principal Teléfono (Sin indicativo) Extensión Dirección Oficina Principal

Ciudad Sucursal Departamento Sucursal Teléfono (Sin indicativo) Extensión Dirección Sucursal Correo Electrónico

INFORMACIÓN FINANCIERA

• Ingresos mensuales actividad principal Menos de 100 millones 101 A 500 millones 501 a 1000 millones 1001 a 5.000 millones 5.001 a 20.000 millones Más de 20.000 millones Valor activos o posesiones \$

• Egresos mensuales actividad principal Menos de 100 millones 101 A 500 millones 501 a 1000 millones 1001 a 5.000 millones 5.001 a 20.000 millones Más de 20.000 millones Valor pasivos o deudas \$

• Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal Menos de 100 millones 101 A 500 millones 501 a 1000 millones 1001 a 5.000 millones 5.001 a 20.000 millones Más de 20.000 millones \$

Detalle por qué concepto son estos ingresos no operacionales

Identificación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente disponible el 5% o más del capital social, aporte o participación (utilice hoja aparte para relacionar adicionales)

Tipo de identificación Número de identificación Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
 T.I. C.C. C.E. C.D. NIT IFE

Tipo de identificación Número de identificación Razón social y/o nombres y apellidos (primero nombres, luego apellidos)
 T.I. C.C. C.E. C.D. NIT IFE

Entidad bancaria en la cual autoriza que le consignen los pagos (para registrar cuentas por diferentes sucursales enviar hoja adjunta)

Nombre entidad financiera Sucursal

Ciudad Departamento País (Si es diferente a Colombia)

Nombre de la cuenta Tipo de cuenta Número de cuenta (Debe estar a nombre de la razón social del proveedor).
 Ahorro Corriente

Operaciones en moneda extranjera

En su actividad económica realiza transacciones en moneda extranjera? SI NO Si su respuesta es afirmativa, señale qué tipo de transacciones realiza

Exportaciones Importaciones Préstamos en moneda extranjera Pago de servicios Transferencias Inversiones Otras ¿Cuáles?

Posee cuentas corrientes en moneda extranjera? SI NO Si su respuesta es afirmativa indique:

Número de cuenta	Banco	Ciudad	País	Monto	Moneda

Código ABA o Código deSWFT (Código de Identificación del Banco)

INFORMACIÓN REFERENCIAS COMERCIALES CLIENTES

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.		Número de identificación		Razón Social y/o Nombres y apellidos (primero nombres luego apellidos)	
Ciudad		Departamento	País (Si es diferente a Colombia)	Dirección	
Teléfono (Sin indicativo)		Fax (Sin indicativo)		Celular	Correo Electrónico
Nombres y Apellidos Persona Contacto (primero nombres luego apellidos)				Cargo	

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.		Número de identificación		Razón Social y/o Nombres y apellidos (primero nombres luego apellidos)	
Ciudad		Departamento	País (Si es diferente a Colombia)	Dirección	
Teléfono (Sin indicativo)		Fax (Sin indicativo)		Celular	Correo Electrónico
Nombres y Apellidos Persona Contacto (primero nombres luego apellidos)				Cargo	

INFORMACIÓN REFERENCIAS COMERCIALES PROVEEDORES

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.		Número de identificación		Razón Social y/o Nombres y apellidos (primero nombres luego apellidos)	
Cargo		Ciudad	Departamento	País (Si es diferente a Colombia)	
Teléfono (Sin indicativo)		Fax (Sin indicativo)		Celular	Correo Electrónico
Nombres y Apellidos Persona Contacto (primero nombres luego apellidos)				Dirección	

Tipo de identificación <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA.		Número de identificación		Razón Social y/o Nombres y apellidos (primero nombres luego apellidos)	
Cargo		Ciudad	Departamento	País (Si es diferente a Colombia)	
Teléfono (Sin indicativo)		Fax (Sin indicativo)		Celular	Correo Electrónico
Nombres y Apellidos Persona Contacto (primero nombres luego apellidos)				Dirección	

INFORMACIÓN TRIBUTARIA (*)

Tipo de Compañía <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta		Declarante de renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Código Actividad Económica (código DIAN)	Descripción Actividad Económica	
Bienes o Servicios que ofrece					

Impuesto de Renta

Autorretenedor de renta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Resolución Autorretenedor	Fecha AAAA MM DD	Exento de retención en la fuente por rentas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Régimen tributario especial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Contribuyente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---------------------------	------------------	--	--	--

Impuesto sobre las ventas

Régimen de Ventas <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Otro		Gran contribuyente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Resolución Gran contribuyente	Fecha AAAA MM DD	Régimen de Simplificado <input type="checkbox"/> Compras <input type="checkbox"/> Servicios
---	--	---	-------------------------------	------------------	--

Impuesto de Industria y Comercio y Aviso - ICA (Si tiene más de dos, enviar hoja adicional adjunta)

Descripción Actividad Económica Industria y Comercio y Avisos ICA				Exento de Retención en la Fuente por ICA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Código actividad ICA	Municipio	Autorretenedor <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Resolución Autorretenedor	Fecha (AAAAMDD)	

DECLARACIÓN ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS Y AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRAL DE INFORMACIÓN

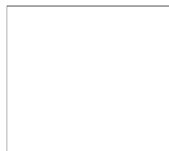
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CONCUERDA CON LA REALIDAD Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA MISMA. AFIRMO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y DECLARO QUE LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (DETALLE OCUPACIÓN, OFICIO, ACTIVIDAD, NEGOCIO, ETC)

AUTORIZO A SURAMERICANA, SU MATRIZ, FILIALES Y SUBSIDIARIAS PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, COMERCIALES, FINANCIEROS, CONSULTE, TRANSFIERA, COMPARTA, SOLICITE, PROCESA, REPORTE Y DIVULGUE A LA CENTRAL DE INFORMACIÓN DEL SECTOR FINANCIERO -CIFIN- O CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RESULTE DE TODAS LAS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE HAYAN OTORGADO O SE OTORGUEN EN EL FUTURO EN VIRTUD DE LOS SERVICIOS DE ESTA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES.

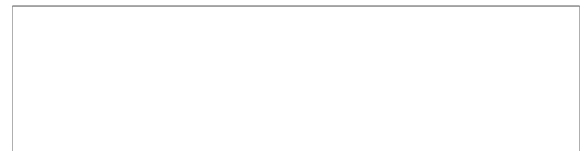
ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR TODA MI INFORMACIÓN EN FORMA ANUAL.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma del Representante Legal



Huella índice derecho



Sello de la Empresa

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA**Persona Jurídica**

Certificado de Existencia y Representación Legal (no mayor a 90 días)
 Registro Único Tributario RUT

Persona Natural

Fotocopia del Documento de Identidad
 Registro Único Tributario RUT
 Copia de la Tarjeta Profesional (Si Aplica)
 Copia de la colilla del último pago a la seguridad social (EPS y AFP), como cotizante independiente

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL SEGÚN TIPO PROVEEDOR

Prevención: ARP, AFP, EPS.

Instituciones Prestadoras de Salud: Póliza de Responsabilidad Civil, Habilitación, Certificado de Registro Especial, Portafolio de Servicios

Profesionales de la Salud: Hoja de Vida, Habilitación, Póliza de Responsabilidad Civil, Certificados de Estudio, Portafolio de Servicios (si aplica)

Proveedores de Medicamentos: Habilitación, Manual de Buenas Prácticas de Manufactura (si aplica)

NOTA: Cuando se habla de la SURAMERICANA, se refiere a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A. y todas las demás filiales de SURAMERICANA S.A., (SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A., EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A., CONSULTORIA DE GESTION DE RIESGOS IPS SURAMERICANA S.A. SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A., DINAMICA)

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE SURAMERICANA**Información de la persona que contrata o compra**

Tipo de identificación		Número de identificación	Nombres y Apellidos (primero nombres, luego apellidos)	
<input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.D <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PA. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> IFE				
Correo electrónico		Área	Ciudad	Oficina

Compañía que contrata

<input type="checkbox"/> SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN UNIDAD DE CONOCIMIENTO EMPRESARIAL.
<input type="checkbox"/> SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE VEHÍCULOS SURAMERICANA S.A.
<input type="checkbox"/> SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> CONSULTORIA DE GESTION DE RIESGOS IPS SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.
		<input type="checkbox"/> DINAMICA

Suministro o servicio que se va a contratar

La compra o servicio que se va a realizar es crítica?

SI NO

CLASIFICACIÓN DEL PROVEEDOR (Sólo para proveedores de ARP SURA)

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> IPS	<input type="checkbox"/> Mercadeo Relacional	<input type="checkbox"/> Establecimiento Médico	<input type="checkbox"/> Prevención	<input type="checkbox"/> Intermediarios
Número de Registro Médico	Especialidad		Nivel de resolución		
			<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III		
Convenio	No. Convenio	Tipo de utilización		Tipo Red	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Direccionada <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Orden de compra Puntual		<input type="checkbox"/> Critico <input type="checkbox"/> Red Alterna <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Puntual	

Observaciones**INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO UNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES**

Este formato fue diseñado con el fin de recopilar su información básica como proveedor, para mejorar nuestra comunicación y realizar una mejor gestión. Todos los proveedores de SURAMERICANA deben diligenciar este formato para poder ser contratados y efectuar sus pagos oportunamente, igualmente se deben adjuntar los documentos solicitados según su naturaleza comercial. En caso de que uno de los espacios asignados sea insuficiente, le agradecemos que adjunte un documento con la información correspondiente. Fecha diligenciamiento formato: Escribir la fecha en que diligenció el formato.

I. DATOS GENERALES DEL PROVEEDOR

Tipo de documento: CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, TI: tarjeta de identidad, CE: cédula de extranjería, CD: Carné Diplomático. IFE: Identificación Fiscal para Extranjeros, NIT: Número de Identificación Tributaria.

Escribir el número del documento de identificación, escribir nombres y apellidos completos o razón social de la empresa tal como aparece en el certificado de existencia y representación legal.

Nombre comercial: Escriba el nombre del establecimiento comercial.

Datos de ubicación domicilio principal: Escribir la ciudad o municipio donde se encuentra la oficina principal, el departamento, el país, la dirección geográfica exacta, el número de teléfono (7 dígitos), el número de fax (7 dígitos), el apartado aéreo de la oficina principal y el correo electrónico.

Sucursales: ingrese la información de las diferentes sucursales de la Compañía: ciudad o municipio donde se encuentra la sucursal, el departamento, el país, la dirección geográfica exacta, el número de teléfono (7 dígitos), el número de fax (7 dígitos) y el correo electrónico.

Campos de Representante Legal: Marque con una X el tipo de documento de identificación del representante legal, escribir el número del documento de identificación, nombres y apellidos completos del representante legal o responsable de la firma que figure en el certificado de existencia y representación legal de la empresa.

Campos de Contacto Comercial: Campos de los contactos comercial y para pagos: marque con una x el tipo de documento, escriba el número de identificación, nombres y apellidos del contacto, ciudad o municipio, departamento, país (si es diferente a Colombia), teléfono (7 dígitos), fax, Beeper (no aplica para el contacto para pagos), Celular (no aplica para el contacto para pagos) y correo electrónico (obligatorio para el contacto para pagos en caso de que se desee clave).

II. DATOS COMERCIALES Y FINANCIEROS

Número de Registro de Cámara de Comercio: En este campo se registra el número de la matrícula que figura en el certificado de existencia y representación legal.

Operaciones Internacionales: En esta sección se deben reportar las operaciones que pueda tener en el exterior o si realiza transacciones en moneda extranjera. Para las cuentas en moneda extranjera diligenciar los números de cuenta, nombre completo de la entidad financiera, ciudad y país donde se encuentra ubicada la sucursal de la entidad bancaria y la denominación de la moneda de la cuenta. Incluir información de códigos ABA y código SWIFT (códigos de identificación del banco).

III. ENTIDAD BANCARIA - AUTORIZADA PARA PAGO

En esta sección se autoriza la cuenta sobre la cual la Compañía realizará los pagos. Se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera completo, el tipo de cuenta, el número completo de ésta, la ciudad donde se tiene la cuenta y el país. Si desea autorizar cuentas para pago por gerencia electrónica en diferentes sucursales, anexar documento con la información.

IV. REFERENCIAS COMERCIALES

Reportar en esta sección la información de las referencias de clientes y proveedores de la empresa.

V. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Régimen Tributario Especial: Son aquellas entidades (siempre personas jurídicas) que son exentas de algunos impuestos.

Gran Contribuyente: Es la persona (natural o jurídica) que por su volumen considerable de operaciones o por su nivel de recaudo relevante de impuestos, la DIAN lo ha clasificado como tal mediante resolución.

Régimen de IVA: Para la aplicación de la retención de IVA existen varias clasificaciones a saber:

a. **Régimen Común:** Son responsables del impuesto sobre las ventas y que en su objeto social está contemplada la venta de bienes o servicios gravados o exentos. Pueden pertenecer a él, personas jurídicas y naturales.

b. **Régimen Simplificado:** Es un tratamiento de excepción por medio del cual el Estado, libera a los pequeños contribuyentes sometidos a regímenes impositivos de la obligación de declarar y cobrar el impuesto sobre las ventas. Sólo pueden pertenecer a él las personas naturales.

c. **Otros:** Son las personas no responsables del impuesto sobre las ventas, esto es que no se enmarcan en ninguna de las clasificaciones anteriores.

Régimen Simplificado: Si es una persona natural perteneciente a este régimen, indique si vende bienes (compras) o presta servicios SURAMERICANA.

Autorretenedores: Es una calidad que otorga la DIAN mediante resolución a una persona jurídica para que se practique ella misma la retención cuando obtenga sus ingresos. Esta calidad se da por tener un gran volumen de operaciones de venta y un gran número de agentes retenedores.

Contribuyente: Son aquellas personas (naturales y jurídicas) que están obligadas a pagar impuesto de renta.

No Contribuyentes: Son aquellas personas jurídicas o entidades que no están obligadas a pagar impuesto de renta.

Responsabilidad ICA: Señale si es responsable del impuesto de industria y comercio. En caso afirmativo, indique las ciudades donde es responsable en caso de tener mas de dos municipios donde declare ICA anexar documento.

VI. DECLARACIONES

En esta declaración se pone de manifiesto ante SURAMERICANA la veracidad de la información y se informa de donde proviene el capital de la empresa que se registra como proveedor.

VII. AUTORIZACIÓN

Con ésta se permite SURAMERICANA verificar y ampliar la información presentada y se autoriza a solicitar a las centrales de riesgo información sobre la empresa que se registra como proveedor, también se permite en caso de detectar anomalías en la información, transmitir ésta a las empresas vinculadas con SURAMERICANA.

IX. FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

En este campo se debe registrar la firma de la persona autorizada dentro de la compañía para respaldar la veracidad de la información.

PARA SOLICITAR AYUDA EN EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMATO, POR FAVOR COMUNIQUESE CON NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 01 800 051 8888.

Oficina principal: Carrera 64B N° 49A-30. Medellín - Colombia. Teléfono: (4) 260 2100. -

Bogotá, Cali y Medellín 437 8888 - Celular #888 Línea de Atención 01 800 051 8888

www.suramericana.com