

GRUPO DE INVERSIONES
suramericana



suramericana



.....
FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES

GRUPO DE INVERSIONES SURAMERICANA, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., SEGUROS SURAMERICANA S.A. PANAMÁ (ANTES INTEROCEÁNICA DE SEGUROS), EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A., SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A., SERVICIOS DE VEHICULOS SURAMERICANA S.A., ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A., SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.S, DINAMICA - I.P.S., SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A., CONSULTORIA EN GESTION DE RIESGOS IPS SURAMERICANA S.A., FUNDACIÓN SURAMERICANA, CORPORACIÓN UNIDAD DEL CONOCIMIENTO EMPRESARIAL.

www.suramericana.com

Información Obligatoria (*)

Nuevo Registro Actualización de Datos

Fecha diligenciamiento formato AAAA MM DD

INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROVEEDOR(*)

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

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

Información del Representante Legal

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

Información Persona Contacto

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

Cargo	Ciudad	Departamento	País
Teléfono (Sin indicativo)	Correo Electrónico	Celular	

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

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

Ciudad | Teléfono (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	<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 101 A 500 millones	<input type="checkbox"/> 501 A 1000 millones	<input type="checkbox"/> 1001 A 5.000 millones	<input type="checkbox"/> 5.001 A 20.000 millones	<input type="checkbox"/> Más de 20.000 millones	Valor activos o posesiones
• Egresos mensuales actividad principal	<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 101 A 500 millones	<input type="checkbox"/> 501 A 1000 millones	<input type="checkbox"/> 1001 A 5.000 millones	<input type="checkbox"/> 5.001 A 20.000 millones	<input type="checkbox"/> Más de 20.000 millones	\$
• Otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la principal	<input type="checkbox"/> Menos de 100 millones	<input type="checkbox"/> 101 A 500 millones	<input type="checkbox"/> 501 A 1000 millones	<input type="checkbox"/> 1001 A 5.000 millones	<input type="checkbox"/> 5.001 A 20.000 millones	<input type="checkbox"/> Más de 20.000 millones	Valor pasivos o deudas
• El valor de sus activos esta entre	<input type="checkbox"/> 0 A 100 millones	<input type="checkbox"/> 101 A 300 millones	<input type="checkbox"/> 301 A 501 millones	<input type="checkbox"/> 501 A 5000 millones	<input type="checkbox"/> 5001 A 30.000 millones	<input type="checkbox"/> Más de 30.000 millones	\$

INFORMACIÓN BANCARIA - AUTORIZADA PARA PAGO

Deseo inscribir mi cuenta bancaria en la(s) compañía(s): Seleccionar con una X una o varias

<input type="checkbox"/> GRUPO DE INVERSIONES SURAMERICANA	<input type="checkbox"/> SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.
<input type="checkbox"/> SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> SERVICIOS DE VEHICULOS SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> CONSULTORIA EN GESTION DE RIESGOS IPS SURAMERICANA S.A.
<input type="checkbox"/> SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> FUNDACIÓN SURAMERICANA
<input type="checkbox"/> SEGUROS SURAMERICANA S.A. PANAMÁ (ANTES INTEROCEÁNICA DE SEGUROS)	<input type="checkbox"/> SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.S.	<input type="checkbox"/> CORPORACIÓN UNIDAD DEL CONOCIMIENTO EMPRESARIAL.
<input type="checkbox"/> EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	<input type="checkbox"/> DINAMICA - I.P.S.	<input type="checkbox"/> TODAS LAS COMPAÑIAS

Entiendo que este es un servicio a través del cual consignan directamente a mi cuenta bancaria los pagos que debe(n) hacerme la(s) compañía(s), dando mayor seguridad y ofreciendo mayor comodidad. A continuación relaciono mis datos:

Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros	Número de cuenta	Nombre de la Entidad donde tiene la cuenta	Sucursal
--	------------------	--	----------

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 de SWFT (Código de Identificación del Banco):

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 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 (AAAAMMDD)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Grupo de Inversiones Suramericana y Suramericana, están comprometidas con el desarrollo de relaciones de largo plazo, por eso queremos conocer mejor a las empresas y personas que nos acompañan en el cumplimiento de nuestros propósitos organizacionales. Le agradecemos responder las siguientes preguntas, en caso de personas naturales responder sólo las que apliquen:

Número de empleados directos de la empresa: _____

ÉTICA Y GOBIERNO CORPORATIVO

	SI	NO	AMPLIE SU RESPUESTA
¿Cuenta con mecanismos para prevenir y controlar el lavado de activos asociado a su actividad empresarial?			
¿Cuenta la empresa con un Código de Conducta o política para evitar fraude o corrupción?			
¿Cuenta con una política para garantizar la seguridad de la información que maneja su empresa?			
¿Cuenta con acuerdos de confidencialidad con sus empleados?			
¿Está su empresa adherida al Pacto Global de Naciones Unidas?			

ESTÁNDARES LABORALES Y SALUD OCUPACIONAL

	SI	NO	AMPLIE SU RESPUESTA
¿Cumple con la cuota de aprendiz de acuerdo con la legislación vigente?			
¿Tiene personal contratado por prestación de servicios?			
¿Está el promedio de pago a sus empleados por encima del SMLV?			
¿Tiene personal contratado por menos del SMLV?			
¿Utiliza contratación por medio de cooperativas de trabajadores asociados?			
¿Utiliza contratación por medio de empresas de servicios temporales?			
¿Tiene reglamento interno de trabajo? (aplica para empresas de más de 10 empleados)			
¿Tiene asociaciones sindicales o Pacto Colectivo? ¿Cuál?			
¿Ha tenido procesos judiciales por asuntos laborales, o sanciones del Ministerio de Protección Social?			
¿Cuenta con un Plan Básico Legal en Salud Ocupacional?			
Declaro que en mi empresa no se contratan mano de obra infantil ni trabajo en condiciones forzosas.			

PROPIEDAD INTELECTUAL

	SI	NO	AMPLIE SU RESPUESTA
¿Cuenta con licencias vigentes para la utilización de software?			
¿Cuenta con el debido registro de marca y/o derechos de autor?			

MEDIO AMBIENTE

	SI	NO	AMPLIE SU RESPUESTA
¿Cuenta con Sistema o Políticas para la Gestión Ambiental?			
Actualmente, ¿cuenta con alguna sanción disciplinaria por incumplimiento de alguna norma ambiental?			
¿Desarrolla o apoya campañas con sus grupos de interés que contribuyan al cuidado del medio ambiente?			
De acuerdo con el bien o servicio, ¿cuenta en su portafolio con una línea que favorezca el cuidado del medio ambiente?			

OBSERVACIONES

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

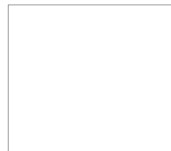
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO CONCUERDA CON LA REALIDAD Y ASUMO PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA MISMA. AFIRMO QUE TODAS MIS ACTIVIDADES LAS EJERZO DENTRO DE LAS NORMAS LEGALES Y DECLARO QUE LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE LAS SIGUIENTES FUENTES: (DETALLE OCUPACIÓN,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

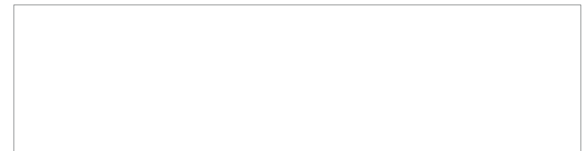
ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR TODA MI INFORMACIÓN EN FORMA ANUAL.

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 30 días)
Registro Único Tributario RUT
Estados Financieros
Constancia del revisor Fiscal o Representante Legal que acredite los aportes a la seguridad social y parafiscales.

Persona Natural

Fotocopia del Documento de Identidad
Registro Único Tributario RUT
Copia de la colilla del último pago a la seguridad social (EPS, AFP y ARP), como trabajador independiente
Si tiene establecimiento comercial, enviar Cámara de Comercio

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL SEGÚN TIPO PROVEEDOR

Prevención: ARP, 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 GRUPO DE INVERSIONES SURAMERICANA, SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., SEGUROS SURAMERICANA S.A. PANAMÁ (ANTES INTEROCEÁNICA DE SEGUROS), EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A., SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A., SERVICIOS DE VEHICULOS SURAMERICANA S.A., ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A., SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.S., DINAMICA - I.P.S., SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A., CONSULTORIA EN GESTION DE RIESGOS IPS SURAMERICANA S.A., FUNDACIÓN SURAMERICANA, CORPORACIÓN UNIDAD DEL CONOCIMIENTO EMPRESARIAL.

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO UNICO DE REGISTRO DE PROVEEDORES

Este formulario 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 formulario 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 formulario.

I. INFORMACIÓN BÁSICA DEL PROVEEDOR

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

Información del 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.

Información persona de Contacto: 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), Celular (no aplica para el contacto para pagos) y correo electrónico (obligatorio para el contacto para pagos en caso de que se desee clave).

Información de Ubicación: 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.

II. INFORMACIÓN FINANCIERA

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. INFORMACIÓN 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. 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:

- 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.
 - 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.
 - 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.

V. INFORMACIÓN ADICIONAL

Esta información aplica para personas jurídicas, conteste SI o NO, y si considera pertinente ampliar la respuesta utilice la columna.

VI. OBSERVACIONES

En caso de ser consorcio, escriba en este espacio las empresas que lo conforman.

VII. 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.

VIII. 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.

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.				
Correo electrónico		Área	Ciudad	Oficina

Compañía que contrata

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> GRUPO DE INVERSIONES SURAMERICANA | <input type="checkbox"/> SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A. | <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A. |
| <input type="checkbox"/> SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE VEHICULOS SURAMERICANA S.A. | <input type="checkbox"/> CONSULTORIA EN GESTION DE RIESGOS IPS SURAMERICANA S.A. |
| <input type="checkbox"/> SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. | <input type="checkbox"/> ADMINISTRADORA DE CARTERAS COLECTIVAS SURAMERICANA S.A. | <input type="checkbox"/> FUNDACIÓN SURAMERICANA |
| <input type="checkbox"/> SEGUROS SURAMERICANA S.A. PANAMÁ (ANTES INTEROCEÁNICA DE SEGUROS) | <input type="checkbox"/> SERVICIOS GENERALES SURAMERICANA S.A.S. | <input type="checkbox"/> CORPORACIÓN UNIDAD DEL CONOCIMIENTO EMPRESARIAL. |
| <input type="checkbox"/> EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A. | <input type="checkbox"/> DINAMICA - I.P.S. | <input type="checkbox"/> TODAS LAS COMPAÑÍAS |

Suministro o servicio que se va a contratar

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

SI NO

PARA SOLICITAR AYUDA EN EL DILIGENCIAMIENTO DE ESTE FORMULARIO, 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. - proveedores@suramericana.com.co, Gestión Proveedores, Gerencia Logística.
Bogotá, Cali y Medellín 437 8888 - Celular #888 Línea de Atención 01 800 051 8888

www.suramericana.com