

Ciudad	Fecha
Villavicencio	2024-03-21

Motivo Modificación:	
	Creación de proveedor

**INFORMACIÓN BÁSICA**

Nombre o Razón Social		Tipo ID	Número Documento ID		
Erika Lesmes Reposteria		CC	1130664325		
Página WEB		E-Mail			
@erika.l_reposteria		erickcali@hotmail.com			
Dirección		Ciudad		Teléfonos	
calle 4 bis sur 28 133 Mz 34 cs 5B Bosques de Rosablanca		Villavicencio		3208675025	
Representante Legal		Cargo	Tipo ID	Número Documento ID	Fecha de Expedición
Erick Ochoa Vidal		propietario	CC	1130664325	2004-04-19
Teléfonos		Celular		E-Mail	
3144211337		3144211337		erickcali@hotmail.com	

Nombre del Contacto Comercial		Cargo	Tipo ID	Número Documento ID	Fecha de Expedición
Erika Piedad Lesmes Beltran		administradora	CC	40325601	2001-05-30
Teléfonos		Celular	E-Mail		
3208675025		3208675025	erikuslesmes2011@hotmail.com		
Nombre del Contacto Área de Pagos		Cargo	Tipo ID	Número Documento ID	Fecha de Expedición
Erika Piedad Lesmes Beltran		administradora	CC	40325601	2001-05-30
Teléfonos		Celular	E-Mail		
3208675025		3208675025	Erikuslesmes2011@hotmail.com		

Actividad Económica Principal				Código CIIU
elaboración de productos de panaderia				
Tipo de Empresa				
microempresa			¿Cual?:	microempresa
Tipo de Sociedad				
persona natural				
¿Administra Recursos Públicos?	¿Con cuál Entidad Pública?	Monto Promedio de Recursos	Detalle y Descripción	
		\$		

ACTIVIDAD  
ECONÓMICA

**OPERACIONES INTERNACIONALES**

<b>¿Realiza operaciones en moneda extranjera?</b>		<b>Señale los tipos de transacciones</b>		¿Cuál?
---	--	--	--	--------

**Identificación de los Accionistas o Asociados que Tengan Directa o Indirectamente Más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación  
(en caso de requerir más espacio debe anexarse la relación):**

Tipo ID	Número ID	Nombre	Por su cargo, actividad u oficio...			¿Está usted obligado a declaración tributaria en otro país o grupo de países? Indique cuál:
			¿Maneja recursos públicos?	¿Ejerce algún grado de poder público?	¿Goza usted de reconocimiento público?	
	1130664325	ERICK OCHOA VIDAL		No	No	No

<b>Activo Corriente:</b>	\$ 1000000	<b>Pasivo Corriente:</b>	\$ 0	<b>Pasivo Financiero:</b>	\$ 0
<b>Activo Total:</b>	\$ 1000000	<b>Pasivo Total:</b>	\$ 0	<b>Fecha de Estados:</b>	
<b>Régimen de IVA:</b>		<b>Declarante de Renta:</b>		<b>Gran Contribuyente:</b>	
<b>Autoretenedor de IVA:</b>		<b>Autoretenedor de Renta:</b>		<b>Declarante de Impuesto Industria y Comercio:</b>	

**Autorización para Consignación o Transferencia a Cuentas Bancarias (Indispensable para realizar oportunamente los pagos)**

<b>Abono en cuenta</b>	<b>Entidad Bancaria</b>	Bancolombia		<b>Nombre del Titular de la Cuenta</b>	ERICK OCHOA VIDAL	
	<b>Tipo de Cuenta</b>		<b>Número de Cuenta</b>	39504814282	<b>Ciudad / Sucursal</b>	Villavicencio/Viva

\* Adjunte la certificación expedida por el banco con la información de la cuenta y no mayor a 30 días de expedición.

**Giro en cheque**

Los cheques serán girados a nombre de la persona natural o jurídica que aparece registrada en el RUT o en la Cámara de Comercio y llevarán sello restrictivo de páguese por ventanilla únicamente al primer beneficiario. El proveedor puede autorizar a una o varias personas para que reclamen los cheques que se giren a su nombre, para ello debe diligenciar la información solicitada a continuación con los datos de las personas que estarán autorizadas.



**SOLICITUD DE REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE PROVEEDORES**

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES**

En mi calidad de representante legal autorizó el tratamiento de datos personales a COASMEDAS de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, como requisito para pertenecer a la lista de PROVEEDORES DE COASMEDAS con el fin de cumplir los parámetros operativos y legales de registro, actualización y visitas de evaluación. El tratamiento de mis datos personales, podrá implicar la recolección, almacenamiento, uso, circulación, supresión, transmisión, transferencia y/o recepción de datos, para la finalidad con que fueron suministrados.

**AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRAL DE RIESGOS Y ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN**

En mi calidad de representante legal declaro que toda la información que he suministrado es verídica y doy mi consentimiento expreso e irrevocable a COASMEDAS o a quien represente sus derechos o quien sea en el futuro el contratante o acreedor para:

- Consultar en cualquier tiempo ante las centrales de Riesgos o Central de Información autorizadas, el estado del documento de identidad, el comportamiento de la empresa como cliente o como proveedor, el endeudamiento, la información comercial disponible o solicitar información sobre nuestras relaciones comerciales con otras entidades.
- Reportar a las entidades tributarias, aduaneras o judiciales la información que requieran con el fin de cumplir sus funciones de controlar y velar el acatamiento de mis deberes constitucionales y legales.

**CENTRALES  
DE  
RIESGO,  
MANEJO  
DE  
INFORMACIÓN  
Y  
ORIGEN  
DE  
FONDOS**

### DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS

Yo \_\_\_\_\_ identificado con el documento de identidad No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_ obrando en nombre propio y/o como Representante Legal de \_\_\_\_\_ identificada con NIT \_\_\_\_\_ de conformidad con Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente, expedido por la Cámara de Comercio o certificado de registro o permiso de funcionamiento expedido por la autoridad competente de vigilancia y control, el cual se adjunta; de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración, con el propósito de dar cumplimiento a lo señalado en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y demás normas legales Vigentes."

1. La actividad, profesión, oficio u objeto social propios o de la empresa que represento es lícita y se ejerce dentro del marco legal y los recursos de la misma no provienen de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano

2. Los recursos que administro o mis recursos propios provienen de las siguientes fuentes (Detalle de la ocupación, oficio, profesión, actividad, negocio, etc. - No colocar genéricos como por ejemplo: comerciante; especifique las fuentes de donde provienen los recursos, Ej. Capital de trabajo producto de compra y ventas de..., prestamos de Entidades financieras etc.).

3. Los recursos que se deriven de la relación comercial, contractual o jurídica con Coasmedas no se destinarán a la financiación de grupos terroristas o actividades terroristas.

4. Que en la ejecución del contrato u orden de compra, no contrataré ni tendré vínculos de ningún tipo con terceros que realicen operaciones o cuyos recursos provengan de actividades ilícitas.

5. En caso de ser aceptado como proveedor de COASMEDAS, la información solicitada será actualizada anualmente; todo cambio será informado en su momento y que la no actualización de la información podrá ser causal de retiro del registro de proveedores.

Firmo como constancia de haber leído, entendido y aceptado todo lo anterior. Así mismo declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

No.  
ID:

de:



Huella

NOTA ACLARATORIA: La imposibilidad de confirmar la totalidad de los datos Actualizados, así como cualquier inconsistencia en los mismos, será considerada como SEÑAL DE ALERTA.

DOCUMENTACIÓN  
REQUERIDA

Documento	Persona Natural	Persona Jurídica
Solicitud Registro de Proveedores - Actualización de Datos.	1	1
Fotocopia del RUT (Primera página donde aparece el sello "Certificado").	1	1
Certificado de Registro de Cámara de Comercio - No mayor a un (1) mes.	(si aplica)	1
Fotocopia del Documento de Identificación del Representante Legal.	1	1
Certificación Bancaria Reciente	1	1
Estados Financieros (Balance General y Estado de Resultados) certificados o dictaminados del año inmediatamente anterior.	(si aplica)	1

Declaración del Renta del último periodo gravable disponible.	(si aplica)	1
Certificación de Composición Accionaria o Social (Documento Anexo).		1
Certificado de aplicación de normas de prevención LA/FT (Sujetos obligados - Documento Anexo).		1
Portafolio de Productos y/o Servicios ofrecidos	1	1

\*Espacio para uso exclusivo de COASMEDAS

Fecha Entrevista:

Funcionario que confirma la Información:

Cargo:

dd/mm/aaaa

ENTREVISTA  
TELEFÓNICA  
DE  
INFORMACIÓN

Concepto Entrevista

Firma Funcionario de  
COASMEDAS

Fecha de  
Aprobación

dd/mm/aaaa

Concepto de Aprobación

CONCEPTO  
DE  
APROBACIÓN

Concepto Verificación Referencias y  
Validaciones

Firma de quien validó

¿El proveedor es  
aceptado?

Firma Jefe de Área / Oficina

CONCEPTO  
VALIDACION

F08-  
91-18-  
V1