

Ciudad	Fecha
Bogota	0000-00-00

Motivo Modificación:	
	Creación de proveedor

**INFORMACIÓN BÁSICA**

Nombre o Razón Social		Tipo ID	Número Documento ID		
ASSISVETPLUS VETERINARIOS SAS		CC	907718609		
Página WEB		E-Mail			
https://www.assisvetplus.com		gerencia@assisvetplus.com			
Dirección		Ciudad	Teléfonos		
Calle 122 52-57		Bogota	3117669114		
Representante Legal		Cargo	Tipo ID	Número Documento ID	Fecha de Expedición
Carlos Andres Becerra Bohorquez		Gerente	CC	80728722	2001-01-10
Teléfonos		Celular		E-Mail	
3117669114		3117669114		gerencia@assisvetplus.com	

Nombre del Contacto Comercial		Cargo	Tipo ID	Número Documento ID	Fecha de Expedición
Carlos Andres Becerra		Gerente	CC	80728722	2001-10-01
Teléfonos		Celular	E-Mail		
3117669114		3117669114	gerencia@assisvetplus.com		
Nombre del Contacto Área de Pagos		Cargo	Tipo ID	Número Documento ID	Fecha de Expedición
Monica Pachon		Directora Administrativa	CC	1026561187	2023-08-28
Teléfonos		Celular	E-Mail		
3117669114		3117669114	facturacion@assisvetplus.com		

Actividad Económica Principal				Código CIIU
SAS				
Tipo de Empresa				
Privada			¿Cual?:	Privada
Tipo de Sociedad				
Privada				
¿Administra Recursos Públicos?	¿Con cuál Entidad Pública?	Monto Promedio de Recursos	Detalle y Descripción	
		\$	Ofrecemos servicios Veterinarios a domicilio en Bogota, Chia, Cajica, Zipaquira, Cali y Medellin	

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?		
	1026561187	Monica Pachon		No	No	No	
	807258722	Carlos Andres Becerra		No	No	No	

<b>Activo Corriente:</b>	\$ 1.650.999	<b>Pasivo Corriente:</b>	\$ 0	<b>Pasivo Financiero:</b>	\$ 0
<b>Activo Total:</b>	\$ \$ 9.000.000	<b>Pasivo Total:</b>	\$ 0	<b>Fecha de Estados:</b>	
<b>Régimen de IVA:</b>		<b>Declarante de Renta:</b>	Si	<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>	ASSISVETPLUS VETERINARIOS SAS
	<b>Tipo de Cuenta</b>	Número de Cuenta	63400002378	<b>Ciudad / Sucursal</b> Niza

\* 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 destinaran 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

Huella

No. \_\_\_\_\_  
ID: \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

*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.*

	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
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA	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

CONCEPTO  
VALIDACION

¿El proveedor es  
aceptado?

Firma Jefe de Área / Oficina

F08-  
91-18-  
V1