

FORMULARIO 3 CONTRATOS EJECUTADOS

(Diligenciar en letra de imprenta sin tachones ni enmendaduras)
Campos con asterisco * son obligatorios

Tipo de Trámite*

INFORMACIÓN GENERAL

Solo persona natural

Persona Natural									
Primer Nombre *			Segundo Nombre			Primer Apellido *		Segundo Apellido	
Tipo Documento Identidad *					Nº Documento Identidad *				
C.C		T.I.		C.E		NIT		P.P.	

Solo persona jurídica

Persona Jurídica		
N.I.T. *	Razón social*	Sigla

CONTRATOS

Información del contrato

Nombre de la Entidad Contratante					
Datos básicos del contrato					
Nº. del contrato *	Valor del contrato en COP a la fecha de terminación*		Fecha de inicio*	Fecha de terminación *	
¿El contrato tuvo adiciones? *	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Si su respuesta es afirmativa, indique el valor de la adición en la siguiente casilla de lo contrario déjela vacía.		Valor en COP a la fecha de la adición
De acuerdo a las clasificaciones del Anexo 1 Actividades de Clasificación (Constructor, proveedor o consultor), codifique el objeto del contrato, indique la(s) actividad(es) dentro del cual se haya ejecutado *					

Objeto del Contrato y sus modificaciones

Datos de Contacto del Contratante	Nombres y apellidos del Contacto *		
	Teléfono Fijo*	Teléfono Celular *	Correo Electrónico *
¿Desea relacionar más contratos? *	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	En caso afirmativo, diligencie otro formulario N° 3

DOCUMENTOS DE SOPORTE

A continuación se listan los documentos obligatorios que debe adjuntar al momento realizar sus diferentes trámites.

Obligatorio = OBL

Opcional = OPC

No Aplica = NA

Información Contrato	Nombre Documento	Registro de Proveedores		
		Inscripción	Renovación	Actualización
	Formulario 3 Contratos ejecutados Debe estar firmado por el Representante Legal	OBL	OPC	OPC
	Asignación de la actividad en la experiencia reportada Se debe basar en el Anexo 1 Actividades de Clasificación	OBL	OPC	OPC
	Certificación soporte del contrato Debe estar legible	OBL	OPC	OPC

DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que a la fecha no me encuentro incurso en ninguna causal de inhabilidad por parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil; respecto de empleados o miembros de la junta directiva de ISAGEN S.A. E.S.P. de su cónyuge o su compañera(o) permanente. De igual manera declaro que no poseo otras inhabilidades o incompatibilidades consagradas en la ley para contratar con ISAGEN S.A. E.S.P.

Declaro que la información consignada y anexa a este formulario es veraz y admito que cualquier omisión o inexactitud en estos documentos podrá ocasionar el rechazo de esta solicitud y la devolución de la documentación como también la cancelación de mi Inscripción. Me comprometo a actualizar la información aquí consignada en los tiempos determinados por ISAGEN y Konfirma, también conforme a las indicaciones en la Guía de Trámites.

Dentro de los términos de la Ley Estatutaria de Habeas Data, y sus decretos reglamentarios, declaro que como titular de la información que aquí reposa o que pudiera ser recolectada por ISAGEN S.A. E.S.P y KONFIRMA S.A.S. autorizo a estas sociedades para consultar y verificar la misma en centrales de información y/o base de datos nacionales colombianas, extranjeras o internacionales, en mi calidad de persona natural o la correspondiente a la persona jurídica que represento, a sus representantes legales, revisores fiscales, miembros de junta directiva y socios. Lo anterior con el fin de prevenir cualquier tipo de actividad relativa al Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

De igual manera, autorizo de manera expresa a ISAGEN S.A. E.S.P. y KONFIRMA S.A.S. para que, dentro de los términos legales establecidos, pueda almacenar y administrar los datos suministrados, que serán utilizados para los procesos de manejo de proveedores y contratación de ISAGEN S.A. E.S.P.

Hago constar que he leído y comprendido las anteriores declaraciones al igual que la Guía de Trámites, los términos y condiciones del registro de proveedores y todos los documentos asociados al registro de proveedores de ISAGEN S.A. E.S.P.

Nombre el Representante Legal *

No. de identificación *

Firma *

IMPRIMIR FORMULARIO