

**FINANCIERA
BIENES Y SUMINISTROS
INFORMACIÓN DE PROVEEDORES**

Con el fin de contar con la información necesaria para realizar el proceso de contratación, le agradecemos diligenciar este formato.

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____ ASEQUIN SAS _____

NIT: __816007826_____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____ ESMERALDA SEGURA VARGAS _____

CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL REPRESENTANTE LEGAL No. __42102977_____

MATRÍCULA EN LA CÁMARA DE COMERCIO No: _____ 13607012 _____ DEL AÑO: _____ 2003 _____

TIPO DE CONTRIBUYENTE: NATURAL _____ JURÍDICA __X__

RÉGIMEN TRIBUTARIO: SIMPLIFICADO __X__ COMÚN _____

AUTORRETENEDOR __X__

DIRECCIÓN: _____ CALLE 30 9B-28 LOCAL ESQUINA _____

CIUDAD: _____ PEREIRA _____

TELÉFONO (S): __3216369732_____

CORREO ELECTRÓNICO DE LA PERSONA CON QUIEN SE PUEDE TENER CONTACTO DIRECTO PARA LA COMPRA:

VENTAS@ASEQUIN.COM

CUENTA BANCARIA NO. __6961002786_____

TIPO DE CUENTA: AHORRO _____ CORRIENTE _____ X _____

ENTIDAD BANCARIA: _____ SCOTIABANK COLPATRIA _____

Autorizo a la **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA**, para que consigne en la cuenta reportada en este formato, el valor correspondiente al pago de las facturas expedidas.



FIRMA AUTORIZADA
C.C. 42102977