



COOPERATIVA MULTIACTIVA UNION DE COMERCIANTES PLAZA 7 DE AGOSTO

"COOMUCOP"

NIT. 800.196.955-1

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR

DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 006 DE 2014 – SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

Fecha	Día	Mes	Año	Tipo Novedad	Vinculación	<input type="checkbox"/>
					Actualización	<input type="checkbox"/>
PERSONA JURIDICA						
Razón Social					NIT.	
Sigla		Dirección Principal			Ciudad	
Teléfono		Correo Electrónico		Página Web		
Fax						
Dirección Sucursal			Teléfono		Ciudad	
Fax						
Tipo de Empresa Pública <input type="checkbox"/>	Actividad Económica <input type="checkbox"/>	Impuestos Gran Contribuyente <input type="checkbox"/>	Autoretenedor <input type="checkbox"/>	CIU <input type="checkbox"/>		
Privada <input type="checkbox"/>		No responsable de IVA <input type="checkbox"/>	Régimen Común <input type="checkbox"/>	Tarifa de Ind. Y Cio <input type="checkbox"/>		
Mixta <input type="checkbox"/>			Régimen Simplificado <input type="checkbox"/>	Entidad sin ánimo de Lucro <input type="checkbox"/>		
REPRESENTANTE LEGAL						
Nombres y Apellidos			Tipo de Documento	Número	Fecha y Ciudad de Expedición	
			C.C <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.P <input type="checkbox"/>			
Dirección Domicilio		Ciudad	Teléfono	Correo Electrónico		
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS O SOCIOS QUE TENGAN MAS DEL 5% CAPITAL SOCIAL, APOORTE O PARTICIPACION						
(En caso de requerir más espacio debe anexar la relación)						
Razón Social o Nombre Completo		Tipo de Identificación	Número	%Participación		
INFORMACION ECONOMICA						
Ingresos Mensuales				Activos		
Egresos Mensuales				Pasivos		
Otros Ingresos						
Concepto otros Ingresos:						
REFERENCIAS COMERCIALES						
Nombre Empresa		Tel. Fijo	Celular	Dirección	Ciudad	
OPERACIONES INTERNACIONALES						
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Importaciones <input type="checkbox"/> Inversiones <input type="checkbox"/> Transferencias <input type="checkbox"/>						
Productos Financieros en el Exterior SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otra: _____						
Nombre de la Entidad		No. Cuenta	Ciudad	Pais	Moneda	Monto



COOPERATIVA MULTIACTIVA UNION DE COMERCIANTES PLAZA 7 DE AGOSTO
 "COOMUCOP"
 NIT. 800.196.955-1

FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR
DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR EXTERNA No. 006 DE 2014 – SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMIA SOLIDARIA

DECLARACION ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Los recursos y/o bienes provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, actividad o negocio): _____

2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIONES

1. La información que he suministrado en la solicitud o actualización es veraz y verificable y me comprometo a actualizar anualmente o cada vez que así lo solicite **COOMUCOP** suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.

2. Autorizo a **COOMUCOP** para verificar y reportar la información aquí suministrada a través de cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines de acuerdo a la ley.

3. Para su información se podrá enviar vía correo electrónico el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales

FORMA DE PAGO - AUTORIZACION

Para efectos de la cancelación de mi (nuestra) facturación realizada a **COOMUCOP**, autorizo para que estos valores sean consignados en mi (nuestra) cuenta que se indica a continuación con la certificación bancaria anexa:

Nombre de la Entidad

No. Cuenta

Tipo de Cuenta

Ciudad

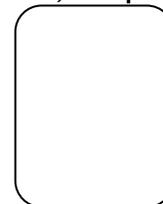
DOCUMENTOS ADJUNTOS

- **Formulario de vinculación totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras**
- Fotocopia de la Cédula del Representante Legal
- Original de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio no mayo a 60 días
- Fotocopia de RUT

Información Importante: Señor proveedor, **COOMUCOP** cancelará la facturación de bienes y/o servicios por medio de consignación y/o transferencia electrónica.

FIRMA Y HUELLA

Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído, comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos)



 Firma del Solicitante o Representante Legal – C.C.

INFORMACION ENTREVISTA

VERIFICACION DE LA INFORMACION

Lugar y Fecha: _____ Día ___ Mes ___ Año _____
 Hora: _____

Observaciones: _____

Confirmación información: Personal Telefónicamente

Firma Empleado _____

Lugar y Fecha: _____ Día ___ Mes ___
 Año _____
 Hora: _____

Observaciones: _____

 Firma Oficial de Cumplimiento
 Aprobado Rechazado