



## FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES

**FECHA:**

**RADICADO:**

Ciudad y fecha del diligenciamiento del formato: Tipo de Solicitud: Nuevo  Actualización de datos

### INFORMACION GENERAL

Razón Social: NIT:

E-mail para notificaciones: Teléfono: Fax:

Dirección Domicilio principal: Departamento: Ciudad:

Página web de la empresa: Código Actividad económica (CIU):

Tipo de Empresa: ¿Pública  Privada  Mixta  Otro  Cual? Empleados a Cargo: Sí  No

REPRESENTANTE LEGAL Primer apellido: Segundo apellido:

Nombre(s):

Dirección Domicilio: Departamento: Ciudad:

Tipo de identidad: P.P.  C.C.  C.E.  No. Lugar de expedición: Fecha de expedición: / /

Nacionalidad: Fecha de nacimiento: / / Lugar de nacimiento:

¿Maneja o ha manejado recursos públicos?  Sí  No  ¿Ejerce o ha ejercido algún grado de poder público?  Sí  No  ¿Goza o a gozado de reconocimiento público?  Sí  No

En caso de alguna respuesta afirmativa, especifique que reconocimiento y hace cuánto:

¿Existe un vínculo entre usted y una persona políticamente expuesta? Si  No  Indique nombres completos e identificación de la(s) persona (s):

### IDENTIFICACIÓN DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS QUE SEAN PROPIETARIOS

(En caso de ser necesarios más espacios, los mismos deberán anexarse al presente formato)

Denominación social o nombre completo	Tipo de identificación	No. de identificación	% de participación
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		
	P.P. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/>		

### INFORMACIÓN FINANCIERA Y TRIBUTARIA

Patrimonio (Pesos): \$ Activos (Pesos): \$ Pasivos (Pesos): \$

Ingresos mensuales (Pesos): Otros ingresos (Pesos):

Egresos mensuales (Pesos): \$ Otros egresos (Pesos):

Tipo de Contribuyente: Régimen Simplificado  Régimen Común  Régimen especial  Otros  Cual:

Gran contribuyente: Si  No  N° Resolución Autorretenedor: Si  No

Declarante de Renta: Si  No  Declarante de Patrimonio: Si  No

### INFORMACIÓN BANCARIA

ENTIDAD BANCARIA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA
	Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	
	Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>	

### OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí  No  ¿Cuál?

¿Posee productos financieros en el exterior y/o cuentas en moneda extranjera? Si  No  En caso afirmativo, indique:

Tipo de producto	No. del producto	Entidad	Monto	Moneda	Ciudad	País



## FORMATO DE CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES

FECHA:

RADICADO:

### REFERENCIAS COMERCIALES (Clientes Principales)

NOMBRE DE LA EMPRESA	CIUDAD	PERSONA DE CONTACTO	TELÉFONO

### DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración de origen de fondos: Declaro que mis recursos provienen de actividades lícitas y están ligados al desarrollo normal de mis actividades, y que, por lo tanto, los mismos no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo sustituya, adicione o modifique. De igual forma declaro que no me encuentro en las listas internacionales vinculantes para Colombia de conformidad con el derecho internacional ONU (Listas de Naciones Unidas) o en las listas OFAC. En caso de que la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR advierta hechos constitutivos de corrupción o ilegalidad, tales hechos se pondrán inmediatamente en conocimiento de las autoridades competentes y dará inicio a procesos legales que corresponda.

Autorización consulta centrales de riesgo: Actuando libre y voluntariamente en mi calidad de titular de información, autorizo de manera expresa e irrevocable a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR o a quien represente sus derechos: 1. A consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar y divulgar toda la información que se refiera a mi comportamiento crediticio, financiero, comercial, de servicios y de terceros países de la misma naturaleza a la Central de Información - CIFIN- que administra la Asociación Bancaria y de Entidades Financieras de Colombia, o a quien represente sus derechos. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignen de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Autorización tratamiento de datos personales: De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, en mi calidad de titular de la información, doy mi consentimiento para que mis datos, facilitados voluntariamente, pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR con las siguientes finalidades: 1. Lograr una eficiente comunicación relacionada con los servicios, alianzas, estudios, para facilitar el acceso general a la información de éstos; 2. Informar sobre nuevos servicios, cambios que se presenten y dar cumplimiento a obligaciones contraídas con clientes y proveedores; 3. Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios internos. 4. Todo aquello que se relacione con el propósito de prestar servicios para satisfacer necesidades profesionales, personales y de carácter familiar, así como para fines administrativos, comerciales, de publicidad y contacto. La base de datos donde se recoge la información cuenta con las medidas de seguridad necesarias. Con mi firma autorizo de manera libre, previa, expresa, voluntaria, y debidamente informada, a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR a recolectar, recaudar, almacenar, usar, circular, suprimir, procesar, compilar, intercambiar, dar tratamiento, actualizar y disponer mis datos personales. La presente autorización se hace extensiva a quien represente los derechos de la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR a quien ésta contrate para el ejercicio de estos o a quien ésta ceda sus derechos, sus obligaciones o su posición contractual. Así mismo, a los terceros con los que la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR Restablezca alianzas comerciales o de beneficios de interés para los asociados. Para ejercer los derechos de actualización, rectificación y cancelación sobre mis datos personales, tengo conocimiento que debo enviar la solicitud al correo electrónico: [gerente@coopicbf.com](mailto:gerente@coopicbf.com) o entregarla en las oficinas de la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR.

Autorización imagen corporativa: Autorizo a la COOPERATIVA MULTIACTIVA NACIONAL DEL BIENESTAR FAMILIAR para que utilice mi imagen corporativa con fines de publicidad y promoción de los productos o servicios que se ofrezcan en el convenio firmado por las partes.

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

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

ESPACIO PARA

HUELLA

### VERIFICACIÓN (para uso exclusivo de la COOPICBF)

Verificación del funcionario de COOPICBF	Verificación del Oficial de Cumplimiento
Fecha y hora: DD / MM / AA HH:MM	Fecha y hora: DD / MM / AA HH:MM
Medios utilizados para revisar y verificar la información:	Códigos de las consultas: _____
Observaciones adicionales:	Observaciones adicionales:
Resultado: Aceptado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_  
Firma funcionario COOPICBF

\_\_\_\_\_  
Firma Oficial de Cumplimiento



**FORMATO DE CONOCIMIENTO  
DE PROVEEDORES**

**FECHA:**

**RADICADO:**

**DOCUMENTOS PARA ADJUNTAR**

Certificado de existencia y representación legal expedido, con vigencia no superior a un (1) mes.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una (1) Fotocopia del Registro Único Tributario	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Una (1) copia del documento de identidad del representante legal.	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Estados Financieros (contratos mayores a cinco (5) millones)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Certificación Bancaria	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso de que la persona jurídica este compuesta por otras personas jurídicas como socios deberán estos anexar la misma documentación arriba detallada		