



Cooperativa Multiactiva de Intermediarios de  
**MAPFRE -INTERMAP-**  
**ACTUALIZACIÓN PROVEEDORES PERSONA  
NATURAL**

CÓDIGO	INTER-002
ANEXO	ANEXO No. 3B
VERSIÓN	2
FECHA VERSIÓN	23/08/2020

FECHA	Día	Mes	Año	Tipo Novedad	Vinculación	Actualización
-------	-----	-----	-----	--------------	-------------	---------------

**PERSONA NATURAL**

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres			
Documento No.	Tipo	CC	CE	Lugar de Expedición	Fecha de Expedición
Genero	F	M	Fecha de Nacimiento	Lugar Nacimiento	Profesión o Oficio
Dirección de Residencia	Barrio	Ciudad	Teléfono		
Celular	Correo Electrónico	Tipo de Régimen	Común	Simplificado	
Nombre de la Empresa o Negocio	Cargo	Teléfono			
Dirección Empresa	Correo Empresa	Ciudad			
¿Por su actividad maneja recursos públicos?	SI	NO	¿Por su actividad ejerce algún grado de poder público?	SI	NO
¿Por su actividad u oficio, goza de reconocimiento público general?	SI	NO	Si alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por especifique		
Breve descripción de la actividad:					

**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	NO	Importaciones	Inversiones	Transferencias
Productos Financieros en el Exterior	SI	NO	Otra:		
Nombre de la Entidad	No. Cuenta	Ciudad	País	Moneda	Monto

**DECLARACION ORIGEN DE FONDOS**

Declaro expresamente que:

- Los recursos y/o bienes provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, actividad o negocio):
- 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**

- 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 LA ENTIDAD, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.
- Autorizo a LA ENTIDAD 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.
- Para su información en la página web encontrará el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales



Cooperativa Multiactiva de Intermediarios de  
**MAPFRE -INTERMAP-**  
**ACTUALIZACIÓN PROVEEDORES PERSONA  
NATURAL**

CÓDIGO	INTER-002
ANEXO	ANEXO No. 3B
VERSIÓN	2
FECHA VERSIÓN	23/08/2020

**FORMA DE PAGO - AUTORIZACION**

Para efectos de la cancelación de mi (nuestra) facturación realizada a LA ENTIDAD, 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

**ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS**

- **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
- Certificación bancaria

**Información Importante:** Señor proveedor, LA ENTIDAD cancelará la facturación de bienes y/o servicios por medio de 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.

Huella



**INFORMACION ENTREVISTA**

**VERIFICACION DE LA INFORMACION**

Lugar	Fecha:	Hora	Lugar	Fecha:	Hora
Observaciones:			Observaciones:		
Confirmación información:	Personal	Telefónicamente	Aprobado	Rechazado	
_____ Firma Empleado			_____ Firma Oficial de Cumplimiento		