



Cooperativa Multiactiva de Intermediarios de

MAPFRE - INTERMAP

ACTUALIZACION PROVEEDORES PERSONA
JURIDICA

CÓDIGO

INTER-002

ANEXO

ANEXO No. 2

VERSIÓN

2

FECHA VERSIÓN

23/07/2020

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

PERSONA JURIDICA

Razón Social				NIT.	
Sigla		Dirección Principal		Ciudad	
Teléfono / Fax		Correo Electrónico		Página Web	
Tipo de Empresa			Actividad Económica		

REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos		Domicilio	
Ciudad		Teléfono	Correo Electrónico
Tipo de Documento		Número	Ciudad Exp.
			Fecha Exp.
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente	SI		NO

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	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.



Cooperativa Multiactiva de Intermediarios de
MAPFRE - INTERMAP
**ACTUALIZACION PROVEEDORES PERSONA
JURIDICA**

CÓDIGO	INTER-002
ANEXO	ANEXO No. 2
VERSIÓN	2
FECHA VERSIÓN	23/07/2020

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 LA ENTIDAD, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.
2. 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.
3. Para su información en la página web encontrará el Manual de Políticas de Tratamiento de Datos Personales

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	
Observaciones:					
Confirmación información:	Personal		Telefónicamente		
Firma Empleado					Firma oficial de cumplimiento