



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

Lugar		Fecha:		Hora	
Observaciones:					
Confirmación información:	Personal		Telefónicamente		
_____ Firma Empleado					

VERIFICACION DE LA INFORMACION

Lugar		Fecha:		Hora	
Observaciones:					
Aprobado			Rechazado		
_____ Firma Oficial de Cumplimiento					