



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, APORTE 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.

Calle 98 # 70-91 - Oficina 414 Edificio VARDÍ Centro Empresarial Pontevedra

Móviles 314-4434789 - 314-4434783 - Bogotá D.C.



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	Lugar	Fecha:	Hora
Observaciones:			Observaciones:		
Confirmación información: Personal <input type="checkbox"/> Telefónicamente <input type="checkbox"/>			Aprobado <input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/>		
_____ Firma Empleado			_____ Firma oficial de cumplimiento		