



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SOPO

COOMSOPO

NIT. 860.040.816-4

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR – PERSONA NATURAL

Fecha de solicitud	Día	Mes	Año	Tipo Novedad	Vinculación ☐ Actualización ☐	FORMULARIO No.	
INFORMACION PROVEEDOR PERSONA NATURAL							
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres			
Tipo de Documento: OTRO ☐ C.C. ☐ C.E ☐ CUAL		Número de documento		Lugar de Expedición		Fecha de Expedición	
Genero F ☐ M ☐		Fecha de Nacimiento		Lugar Nacimiento		Profesión u Oficio	
Dirección		Barrio o sector		Ciudad		Teléfono	
Celular	Correo Electrónico			Estado Civil		Tipo de vivienda	
				Soltero ☐ Casado ☐ UL ☐		Propia ☐ Arriendo ☐ Familiar ☐	
Nombre de la empresa o negocio:		Teléfono		Dirección de la empresa		Ciudad	Act. económica
							Reg. simplificado ☐ Reg. común ☐
Correo electrónico de la empresa			¿Qué productos o servicios está interesado en ofrecer a la Cooperativa?				
¿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 favor especifique: _____							
Breve descripción de la actividad que desarrolla:							
INFORMACION ECONOMICA							
Ingresos Mensuales				Activos			
Egresos Mensuales				Pasivos			
Otros Ingresos				Patrimonio			
Concepto otros Ingresos:							
DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE							
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombres:		Teléfono:	
Correo electrónico:		Dirección:		Barrio o sector:		Ciudad:	
Empresa donde labora:		Cargo:			Teléfono de la empresa:		
REFERENCIAS COMERCIALES							
Nombre Empresa		Tel. Fijo	Celular	Dirección		Ciudad	
REFERENCIAS BANCARIAS							
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 Entidad		No. Cuenta	Ciudad	Pais	Moneda	Monto	
DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS							
1. Obrando en nombre propio, de manera voluntaria Declaro que la información consignada en este formulario concuerda con la realidad, y asumo plena responsabilidad por la veracidad de esta. Afirmo que todas mis actividades las ejerzo dentro de las normas legales, y declaro que los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (Detalle ocupación, oficio, actividad, negocio, etc.): _____ _____ _____							
2. 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. Declaro que No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de actividades ilícitas.							
Firma:							

Tipo y No. documento							



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SOPO

COOMSOPHO

NIT. 860.040.816-4

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL PROVEEDOR – PERSONA NATURAL

AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

1. La información que he suministrado en la solicitud o actualización es veraz, verificable y me comprometo a actualizarla anualmente, cuando surjan cambios en la información o cada vez que lo solicite COOMSOPHO, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos.
2. Autorizo a COOMSOPHO 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 con la ley.
3. Autorizo a Coomsopo para que consulte y/o reporte mi historial y comportamiento en lo referente a lavado de activos y financiación del terrorismo SARLAFT, a verificar las listas restrictivas, la OFAC, lista ONU, Fiscalía, Procuraduría, Contraloría y Policía.
4. Declaro que cuento con autorización del titular de los datos que pertenezcan a terceros y que fueron suministrados en este formulario, tales como datos de cónyuge, referencias personales, familiares, comerciales, etc; por lo anterior manifiesto estar en la obligación de entregar información veraz y necesaria a COOMSOPHO cuando esta así lo requiera.
5. En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y, de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento autorizo a COOMSOPHO a recolectar, almacenar, usar y actualizar los datos personales del cual soy titular, así como los datos aquí registrados de la persona jurídica por mí representada, los cuales se tratarán, únicamente, con la finalidad o propósito del pleno desarrollo del objeto social de Coomsopo, conforme a las normas de seguridad y deberes establecidos en la Ley 1581 de 2012 y las políticas de tratamiento de datos personales de Coomsopo, publicadas en la página Web _____, las cuales declaro conocer y aceptar en su integridad.

Coomsopo será la responsable de garantizar que la infraestructura, hardware y software usados sean los apropiados para almacenar y manejar, de forma segura y confiable, la información de los datos personales de los titulares. En caso de que el titular de los datos personales desee conocer, actualizar, rectificar, suprimir información y/o revocar la autorización para el uso de sus datos personales, podrá comunicarse mediante correo electrónico de Coomsopo y número telefónico.

Firma del solicitante:

Tipo y No. documento

FORMA DE PAGO – AUTORIZACION

Para efectos de cancelación de facturación, pagos, transferencias autorizo para que estos valores sean consignados a la cuenta que se indica a continuación con la certificación bancaria anexa:

Nombre de Entidad	No. Cuenta	Tipo de Cuenta	Ciudad
-------------------	------------	----------------	--------

DOCUMENTOS ADJUNTOS

- Formulario totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras.
- Fotocopia de documento de identificación.
- Fotocopia de RUT actualizado.
- Certificación Bancaria.
- Estados financieros o declaración juramentada.

Información Importante: COOMSOPHO cancelará la facturación de bienes y/o servicios por medio de transferencia electrónica.

FIRMA Y HUELLA

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

Firma del solicitante
Tipo y No. de documento:

Huella

INFORMACION ENTREVISTA

Lugar y Fecha: _____ Día ____ Mes ____ Año ____

Observaciones: _____

Confirmación información: Personal ☐ Telefónicamente ☐

Firma del trabajador _____

VERIFICACION DE LA INFORMACION

Lugar y Fecha: _____ Día ____ Mes ____ Año ____

Observaciones: _____

Firma Oficial de Cumplimiento.
Aprobado ☐ Rechazado ☐