



Esta información es confidencial y solo es utilizada para los fines autorizados por la Superintendencia De Economía Solidaria de Colombia
Favor diligenciar el formato en su totalidad. Los campos que No aplica favor asignar las letras N.A.

Ciudad	Fecha	Area solicitante	Inscripción <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>
--------	-------	------------------	--------------------------------------	--

I. DATOS DEL PROVEEDOR DE BIENES O SERVICIOS

Nombre/Razón social	Tipo de identificación	NIT <input type="checkbox"/>	C.C <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cuál <input type="text"/>
Nº Identificación					

Actividad Económica principal

Tipo de Proveedor	Bienes <input type="checkbox"/>	Servicios <input type="checkbox"/>	Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Código CIIU
Descripción de la actividad económica					Trayectoria en el sector
Bien o servicio ofrecido					

Información Persona Natural

Dirección	Teléfono	Ciudad	E-mail
Administra recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Información Persona Jurídica

Dirección	Teléfono	Ciudad	Departamento		
Dirección Agencia	Teléfono	Ciudad	Departamento		
Email	No. Fax	A.A			
Nombre Representante Legal	Tipo de identificación	NIT <input type="checkbox"/>	C.C <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Cuál <input type="text"/>
Nº Identificación					
Administra recursos públicos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene reconocimiento público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tiene grado de poder público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

II. Información tributaria

Gran Contribuyente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Contribuyente Impuesto de renta Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Impuesto de Industria y Comercio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Régimen de IVA Común <input type="checkbox"/> Simplificado <input type="checkbox"/>
--	---	--	---

III. Información Financiera

Total Activos	Total Pasivos	
Total Ingresos Mensuales	Total Egresos Mensuales	
Total ingresos No operacionales (Diferentes a la actividad principal)	Concepto de los ingresos No Operacionales	
Realiza Operaciones en Moneda Extranjera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de operación	País

IV. Referencias comerciales por prestación de servicios

Nombre	Teléfono	Ciudad
Nombre	Teléfono	Ciudad

V. Información para pagos

Banco	No. Cuenta	Tipo de Cuenta	Titular
-------	------------	----------------	---------

VI. Declaración de origen de fondos

Yo, identificado con el (los) Nombre (s) y documento de identidad expedido en lugar y fecha establecidos, tal como lo he diligenciado en este documento, obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realizo la siguiente declaración de origen de fondos y/o bienes a **FEBOR ENTIDAD COOPERATIVA**. Me obligo a actualizar mi información y documentación respectiva una vez al año, y/o cuando existan cambios relevantes dentro de mi situación jurídica y/o financiera.

Declaro, bajo la gravedad del juramento, y me hago responsable de la veracidad de la información aquí consignada:

- a) El origen de los dineros que deposito en mi(s) cuenta(s), proceden del giro ordinario de actividades lícitas.
- b) Me obligo a no prestar mi cuenta ni permitir que terceros efectúen depósitos o transferencias a mi cuenta y a no hacer pagos o transferencias desde mi cuenta a terceros desconocidos para la cooperativa.
- c) Declaro que el origen de mis recursos proviene del desarrollo de la(s) siguiente(s) actividad(es):

VII. Autorización de consulta de información

En uso de mis facultades AUTORIZO a **FEBOR ENTIDAD COOPERATIVA**, para que realice las consultas de información en las fuentes que estime conveniente, con el propósito de cumplir con diligencias relacionadas con la administración del riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo.

Es la firma sujeto obligado a presentar reportes a la UIAF? SI NO

FIRMA Y HUELLA DEL REPRESENTANTE LEGAL O CONTRATISTA
(En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior)

Nombre de la persona que realizó las consultas:

Documentación Complementaria

Persona Natural

Persona Jurídica

Una (1) Referencia personal o comercial ; una (1) bancaria
RUT y Certificado de existencia y representación legal; fotocopia documento de identidad representante legal

Dos (2) Referencia personal o comercial ; una (1) bancaria
RUT y Certificado de existencia y representación legal; fotocopia documento de identidad representante legal

Certificación de pagos a la seguridad social

Resolución auto retenedor y Estados Financieros último año

Entrevista

Certificación de pagos a la seguridad social

Resultados Satisfactorio No satisfactorio

Se verificó el proveedor y las demás personas relacionadas en este formato, en la lista OFAC, ONU y otras ¿? Si No Fecha hora