	<b>FORMATO</b>			
	<b>VINCULACIÓN DEL ASOCIADO, CONTRATISTA, EMPLEADO, PROVEEDOR</b>			
CODIGO: FR-AD-41	VERSION: 2	REVISÓ: S.A.	APROBO: M.T.G.S	FECHA: 18/11/2021

Tipo de Persona  Asociado  Empleado  Proveedor  Contratista  Cliente o usuario

Fecha de Diligenciamiento

Tipo de Registro  Vinculación  Actualización

**COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SAN ANTONIO DE PRADO - COOMULSAP**

Oficina o Sede \_\_\_\_\_

**A. PERSONAS NATURALES**

1. Nombres Completos \_\_\_\_\_

2. Apellidos Completos \_\_\_\_\_

3. N° Identificación \_\_\_\_\_

4. Fecha de Expedición \_\_\_\_\_ AAAA/MM/DD

5. Lugar de Expedición \_\_\_\_\_

6. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ AAAA/MM/DD

7. Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

8. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

9. Teléfono (s) \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

10. Nombre de la empresa donde labora \_\_\_\_\_

11. Dirección Trabajo \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

12. Teléfono Fijo o Fax \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

13. Ocupación, oficio o profesión \_\_\_\_\_

14. ¿Administra recursos públicos?  Sí  No

15. Identifique si es PEPs (Persona Expuesta Públicamente)  Sí  No

16. Actividad Económica \_\_\_\_\_

17. Declara renta:  Sí  No

18. CIU \_\_\_\_\_

19. Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

**18. INFORMACION FINANCIERA (\$)**

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal

Otros ingresos (especificar)

Egresos mensuales

Total activos

Total pasivos

Total patrimonio

**Estado Laboral**

Independiente  Sí  No

Dependiente  Sí  No

Otro, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**B. PERSONAS JURIDICAS**

20. Razón Social \_\_\_\_\_

21. NIT \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_

22. Fecha de matrícula \_\_\_\_\_ AAAA/MM/DD

23. País de constitución \_\_\_\_\_

24. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

25. Teléfono Fijo o Fax \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

26. Tipo de empresa  PRIVADA  PÚBLICA  MIXTA  OTRO, ¿CUÁL? \_\_\_\_\_

27. Actividad Económica \_\_\_\_\_ Código CIU \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL**

28. Nombres completos \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

29. N° Identificación \_\_\_\_\_

30. Fecha de Expedición \_\_\_\_\_ AAAA/MM/DD

31. Lugar de Expedición \_\_\_\_\_

32. Dirección domicilio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_

33. Teléfono Fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**INFORMACION FINANCIERA (\$)**

Valor	Concepto	Total activos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>

Ingresos mensuales derivados de su actividad principal

Otros ingresos (**especificar**)

Egresos mensuales


**Accionistas que tengan una participación directa o indirecta superior al (5%) del capital social**

Tipo de identificación	Numero de identificación	Razón social	Participación(%)

**C. OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA**


34. Realiza operaciones en moneda extranjera  Sí  No Cuáles? \_\_\_\_\_

35. Posee cuentas en moneda extranjera  Sí  No Nombre del Banco \_\_\_\_\_  
Número de cuenta \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_ Moneda \_\_\_\_\_

36. Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera \_\_\_\_\_ FIRMA CLIENTE \_\_\_\_\_ HUELLA 

**D. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES**

Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a Coomulsap para que la verifique  
Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información que solicite la entidad por cada producto o servicio que utilice.  
Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.  
Declaro que mis ingresos y bienes provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.

\_\_\_\_\_ FIRMA CLIENTE \_\_\_\_\_ HUELLA 

FECHA DILIGENCIAMIENTO

**E. ESPACIO PARA USO LA COOPERATIVA**

37. OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

38. FECHA REALIZACIÓN ENTREVISTA

39. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO QUE REALIZO LA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

40. NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO RESPONSABLE DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN \_\_\_\_\_

41. FECHA DE VERIFICACIÓN INFORMACIÓN