

FONFABER
 VIGILADO SUPERINTENDENCIA DE LA ECONOMÍA SOLIDARIA
 NIT. 830.142.724-4
FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN Y CONOCIMIENTO DE PROVEEDORES

FVP 001

Esta información es confidencial
 Favor diligenciar el formato en su totalidad. Los campos que No aplica favor asignar las letras N.A.

Ciudad	Fecha	Área 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"/>	Cual <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	Email
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"/> Cual <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	Contribuyente Impuesto de renta	Impuesto de Industria y Comercio	Régimen de IVA
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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	Pais

IV. Referencias comerciales por prestación de servicios

Nombre	Teléfono	Ciudad
Nombre	Teléfono	Ciudad

V. Información para el Pago

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 o en representación de _____, 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 **FONFABER**. de conformidad con las normas establecidas por las autoridades para los Proveedores de las Entidades obligadas a cumplir con instrucciones en materia del SARLAFT:

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

VII. Firma y confirmación de la información

<p>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O CONTRATISTA (En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior)</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">Espacio para la Verificación y Confirmación de Datos</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nombre de la persona que verifica La información de este formato</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Fecha y hora de la verificación</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nombre de la persona que confirma los datos de este formato</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha y hora de la verificación</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Resultados</td> <td>Satisfactorio <input type="checkbox"/> No satisfactorio <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Se verifico el proveedor y las demás personas relacionadas en este formato, en la lista Clinton, ONU y otras</p> <p>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombre de la persona que realizo la consulta</td> <td style="width: 50%;">Fecha y hora de la consulta</td> </tr> </table>	Nombre de la persona que verifica La información de este formato		Fecha y hora de la verificación		Nombre de la persona que confirma los datos de este formato		Fecha y hora de la verificación		Resultados	Satisfactorio <input type="checkbox"/> No satisfactorio <input type="checkbox"/>	Nombre de la persona que realizo la consulta	Fecha y hora de la consulta
Nombre de la persona que verifica La información de este formato													
Fecha y hora de la verificación													
Nombre de la persona que confirma los datos de este formato													
Fecha y hora de la verificación													
Resultados	Satisfactorio <input type="checkbox"/> No satisfactorio <input type="checkbox"/>												
Nombre de la persona que realizo la consulta	Fecha y hora de la consulta												