Cooperativa 15 de Abril
Seguridad y confianza

FORMULARIO PARA CALIFICACIÓN Y/O ACTUALIZACIÓN DE PROVEEDOR

Razón Social / Nombre:		**No. De RUC:**	**Tipo contribuyente:**
Provincia:	**Cantón:**	**Parroquia:**	**Sector, Zona, Barrio:**
Página Web: SI___ NO___	**Teléfonos:**	**Edificiio, Bloque:**	**# Solar, Mz. y Casa, Etc.:**

Dirección:		**Coordenadas Latitud:** **Coordenadas Longitud:**

Representante Legal:	**Nombre:**		**No. CC. / Pasaporte:**
	Correo Electrónico:	**Fecha caducidad Nombramiento:**	**Nacionalidad:**

Actividad Económica Principal (De acuerdo al RUC):

Principales productos o Servicios:	

Declaraciones expresas:

1.- Declaro que voluntariamente y sin intermediación de ninguna persona, he decidido solicitar a la Cooperativa de Ahorro y Crédito 15 de Abril Ltda., participar en el proceso de calificación como proveedor de bienes y/o servicios.

2.- Declaro que la información personal y comercial, propia y/o de mi representada, contenida en este formulario, es verdadera, completa, actualizada y fidedigna.

3.- Declaro que mi actividad económica o la de mi representada, es lícita y no están ligadas, directa o indirectamente, al narcotráfico, soborno, fraude público o privado, y otros prohibidos por la ley.

4.- Declaro no estar incurso en las prohibiciones para ser proveedor de la Cooperativa de Ahorro y Crédito 15 de Abril, específicamente en las siguientes: i) No incurro en ninguna prohibición legal que impida realizar mi actividad económica; ii) No tengo relaciones de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con Representantes de la Asamblea General, Vocales de los Consejos de Administración y Vigilancia, miembros del Comité dispuestos por el Organismo de Control, Trabajadores de la Cooperativa y los que actúan en los procesos de contratación; y, iii) Los bienes ofrecidos tienen una procedencia legal y cumplen con las normas establecidas para su comercialización.

5.- Autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito 15 de Abril Ltda., por intermedio de sus funcionarios, realizar todas las verificaciones que considere necesarias sobre la información registrada en el presente formulario.

Ciudad: **Fecha:** **Firma y Sello:** **CC.**	**Para uso exclusivo de la Cooperativa:**

CROQUIS UBICACIÓN DEL NEGOCIO: Grafique la ubicación del negocio utilizando las mejores referencias posibles; identifique calles, avenidas, edificios, etc.