



FORMULARIO DE VINCULACION/ACTUALIZACION - PROVEEDOR PERSONA NATURAL

Inicio de relación comercial _____ Continuidad Relación comercial _____ Oficina / Agencia: _____

Por favor NO dejar espacios en blanco, en los casos que no aplique indíquese N/A

DATOS DE LA CONTRAPARTE

Nombres y Apellidos				N° Cédula /RUC					
Sexo				Lugar y Fecha de nacimiento:					
Línea de Negocio (Actividad Económica):									
Dirección (Calle Principal, N°, Transversal):									
País:		Provincia:		Cantón:		Parroquia y sector:		calles:	
Años en domicilio actual:		Años en la actividad comercial o negocio:				N° oficinas o locales:		N° oficinas en el exterior:	
Teléfonos domicilio				Correo Electrónico personal:					
Telefonos Negocio o Empresa				Correo electrónico empresarial					
Tiene otra Nacionalidad:		SI <input type="checkbox"/>		NO <input type="checkbox"/>		Tiene Residencia Fiscal o Legal en otro País		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Tiene Residencia		Si su respuesta es positiva, detallar país, dirección, código postal, teléfonos del otro país:							

PERFIL FINANCIERO/ NIVEL DE INGRESO POR ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL (Información del año inmediato anterior)

TOTAL ANUAL DE INGRESOS:				TOTAL ANUAL DE GASTOS:			
TOTAL ACTIVOS:		TOTAL PASIVOS:		TOTAL PATRIMONIO:			

DECLARACIÓN PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA (PEP) - REPRESENTANTE LEGAL

REGLAMENTO GENERAL A LA LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS
" PEP.- Son todas aquellas personas naturales, nacionales o extranjeras, que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en el Ecuador o en el extranjero en representación del país, hasta un año (1) después de haber culminado el cargo que originó tal calidad".

Es usted una Persona expuesta Politicamente: PEP? NO SI Cargo o Actividad Pública que ejerce o ejerció: _____
Período en que ejerció o ejerce su cargo actividad Pública: _____

Es accionista de una Empresa o parte de algún partido o movimiento político: NO SI Período: _____

El cónyuge o sus parientes dentro del primero y segundo grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos, abuelos, nietos) y primero de afinidad (suegros, nueros, yernos), del Representante Legal es/son PEPS: SI NO

Como Persona Expuesta Políticamente detalle los nombres de las personas naturales /jurídicas relacionadas a usted: empresa en la que sea accionista, relación contractuales que tenga, cónyuge, parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y sus cercanos colaboradores.

Nombres y Apellidos	Cédula o Pasaporte	Cargo / Función	Período	Parentesco

Según normativa de la UAFFE, Usted es un sujeto obligado a reportar información?

SI NO

De ser positiva su respuesta, favor ingrese la siguiente información y adjunte una copia del certificado emitido por su organismos regulador

El proceso de reportes lo ejecuta?	
Apellidos y Nombres	
Dirección:	

Teléfono Convencional:	
Teléfono Móvil:	
Correo Electrónico:	
Fecha de Calificación:	
Organismo que lo Calificó:	

DECLARACION EXPRESA

Expresamente señalo(amos) que, los productos o servicios ofertados o brindados a la Cooperativa de Ahorro y Crédito "15 de Abril Ltda", no provienen ni tienen vinculación alguna con actividades ilícitas o las tipificadas en la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos del terrorismo.

Declaro (amos) que la información proporcionada es verdadera y correcta por lo tanto es de nuestra exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad.

Autorizo(amos) a la Cooperativa de Ahorro y Crédito "15 de Abril Ltda" a confirmar por cualquier medio la veracidad de la información proporcionada, así como a realizar el análisis y el seguimiento que considere pertinentes e informar de manera inmediata y documentada a la autoridad competente en caso de investigación o cuando se detectaren transacciones financieras inusuales e injustificadas.

Declaro (amos) 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 / servicios

Declaró (amos) no estar incurso en las prohibiciones para ser proveedor de la Cooperativa de Ahorro y Crédito 15 de Abril, específicamente en la 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 los Organismos de control, Trabajadores de la Cooperativa y las que actúan en los proceso de contratación; y, iii) Los bienes ofrecidos tienen una procedencia legal y cumplen con las normas establecidas para su comercialización.

FIRMA

--	--

Lugar y

Fecha Portoviejo, dd-mm-aaaa

Uso exclusivo de la cooperativa

Se registra en la listas de control

NO

SI

Usuario:

FIRMA DE RESPONSABLE DE REVISION

CROQUIS UBICACIÓN DEL NEGOCIO O LOCAL COMERCIAL

Grafique la ubicación del negocio utilizando las mejores referencias posibles, calles, avenidas, edificios, entre otros.

Coordenadas Latitud:

Coordenadas Longitud:

--	--