



RECOMENDACIONES: *Diligenciar el formulario en tinta negra sin tachones, enmendaduras, adjuntando la documentación requerida *Solicitud que no esté debidamente diligenciada y con los documentos requeridos, no entrará para estudio *La recepción de los documentos no implica aprobación

1. PERSONA NATURAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo documento de identidad		
				C.C.	C.E.	P.P.
Número de identificación				Teléfono		Dirección
Ciudad	Departamento	Email	Celular	Fax		

2. PERSONA JURÍDICA

Razón social	NIT					

2.1 Oficina Principal

Teléfono	Dirección	Ciudad	FAX	Email

3. REPRESENTANTE LEGAL

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo documento de identidad		
				C.C.	C.E.	C.E.
				T.I.	T.E.	T.E.
Número de identificación				Teléfono		Dirección
Nombre Completo del Gerente				Nombre del Ejecutivo de Cuenta		

4. CONTACTO PARA EL PAGO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Cargo	Teléfono	Extensión
Email:						

5. INFORMACIÓN BANCARIA

A que entidad prefiere que se hagan sus pagos o transferencias _____

Relacione a continuación los datos de la entidad bancaria donde quiere que se realicen sus pagos:

Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
	Ahorros	
	Corriente	

6. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales

Menos de 20.000.000

20.000.000 - 50.000.000

50.000.000 - 100.000.000

100.000.000 - 200.000.000

200.000.000 - 400.000.000

400.000.000 - 700.000.000

Más de 700.000.000

Total Gastos Mensuales

Menos de 20.000.000

20.000.000 - 50.000.000

50.000.000 - 100.000.000

100.000.000 - 200.000.000

200.000.000 - 400.000.000

400.000.000 - 700.000.000

Más de 700.000.000

Activos

Menos de 20.000.000

20.000.000 - 50.000.000

50.000.000 - 100.000.000

100.000.000 - 200.000.000

200.000.000 - 400.000.000

400.000.000 - 700.000.000

Más de 700.000.000

Pasivos

Menos de 20.000.000

20.000.000 - 50.000.000

50.000.000 - 100.000.000

100.000.000 - 200.000.000

200.000.000 - 400.000.000

400.000.000 - 700.000.000

Más de 700.000.000

7. INFORMACIÓN TRIBUTARIA

Contribuyente al impuesto a la renta	Si	Autoretenedor	Si	
	No		No	
Resolución		Día	Mes	Año
Regimén de IVA	Comun <input type="checkbox"/>		Simplificado <input type="checkbox"/>	No responsable <input type="checkbox"/>
Gran contribuyente	Si			
	No			
Resolución		Día	Mes	Año
Responsable de impuesto de industria y comercio	Si	Cód Actividad	Tarifa	
	No			
Responsable de impuesto de industria y comercio	Si			
	No			



FECHA: _____ No: _____

RECOMENDACIONES: *Diligenciar el formulario en tinta negra sin tachones, enmendaduras, adjuntando la documentación requerida *Solicitud que no esté debidamente diligenciada y con los documentos requeridos, no entrará para estudio *La recepción de los documentos no implica aprobación

Registro Mercantil	Día	Mes	Año	Año de vigencia

8. PRODUCTOS OFRECIDOS

<input type="checkbox"/> Dotación de personal	<input type="checkbox"/> Recreación
<input type="checkbox"/> Elementos de aseo	<input type="checkbox"/> Restaurantes y Comidas
<input type="checkbox"/> Elementos de papelería	<input type="checkbox"/> Servicios
<input type="checkbox"/> Elementos odontológicos	<input type="checkbox"/> Transporte
<input type="checkbox"/> Equipos	<input type="checkbox"/> Elementos de cafetería
<input type="checkbox"/> Equipos de computo y partes	<input type="checkbox"/> Flores y Arreglos
<input type="checkbox"/> Hospedaje y Hoteles	<input type="checkbox"/> Educación
<input type="checkbox"/> Libros, Revistas y Suscripciones	<input type="checkbox"/> Asociaciones
<input type="checkbox"/> Licencias de Software	<input type="checkbox"/> Artículos deportivos
<input type="checkbox"/> Muebles	<input type="checkbox"/> Componentes eléctricos
<input type="checkbox"/> Productos Agropecuarios	<input type="checkbox"/> Construcciones
<input type="checkbox"/> Químicos y reactivos	<input type="checkbox"/> Marroquinería y textiles

En caso de prestar otro servicio o producto, especifique cuál: _____

9. REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre o razón social	Ciudad	Dirección	Teléfono	Actividad Económica

Firma representante legal o solicitante

Firma y sello del proveedor

USO EXCLUSIVO PARA LA COOPERATIVA MULTIACTIVA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS LAS QUINTAS COOPCREDIQUINTAS

Aprobado por: _____

Nombre de quien recibe / revisa _____

DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA EL REGISTRO DE PROVEEDORES

Persona Natural

Fotocopia del Documento de Identidad
Referencia Bancaria no mayor a 60 días
referencia comercial no mayor a 60 días
Fotocopia del RUT (Registro único Tributario)

Persona Jurídica

Certificado de existencia y representación legal no mayor a 30 días
Referencia Bancaria no mayor a 60 días
referencia comercial no mayor a 60 días
Fotocopia del RUT (Registro único Tributario)