



FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROVEEDORES
(Por favor diligencie preferiblemente en computador o en letra imprenta legible sin tachones ni enmendaduras)

Código: FA22-16
Versión: 4
Fecha: Mayo 2023

TIPO DE SOLICITUD

Fecha (dd/mm/aaaa) Vinculación: primera vez Actualización Tipo de persona: Natural Jurídica

La Universidad Cooperativa de Colombia identificada con Nit. 860029924-7, le comunica que la información suministrada en el presente formulario será tratada de manera segura y confidencial, en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012, los decretos 1377 de 2013, 1074 de 2015 y la política institucional que se encuentra publicada en nuestra página web en el siguiente enlace: https://www.ucc.edu.co/asuntos-legales/AcuerdosSuperiores2014/Acuerdo_171_de_2014.pdf
La información que usted proporcione es muy importante para la Universidad, por lo que agradecemos el diligenciamiento de todos los campos requeridos de acuerdo con el tipo de persona, de no hacerse se tomara como incompleto y no se continuará con el proceso de actualización o vinculación como proveedor de la Universidad.

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA NATURAL

Nombre completo: Tipo de documento: CC CE PASAPORTE

N° Identificación: Fecha de expedición (dd/mm/aaaa) Nacionalidad:

Dirección: Ciudad: Teléfono: Celular:

Correo Electrónico: Código Actividad Económica RUT (CIU):

Descripción Actividad económica RUT: Ocupación, oficio o profesión:

¿Tiene establecimiento de comercio? Si No Si su respuesta es sí, indique el nombre y dirección:

Tipo de bien o servicio ofertado u ofrecido a la Universidad:

INFORMACIÓN GENERAL PERSONA JURÍDICA

Razón social: NIT:

Nombre comercial:

Dirección: Ciudad:

Departamento: País: Teléfono:

Celular: Correo electrónico:

Código Actividad Económica RUT (CIU): Descripción Actividad económica:

Naturaleza jurídica: Pública Privada Mixta Extranjera

REPRESENTANTE LEGAL PRINCIPAL Y SUPLENTE

Nombre completo del Representante Legal Principal:

Tipo de documento: CC CE PASAPORTE N° Identificación:

Fecha de expedición (dd/mm/aaaa): Correo Electrónico:

Nombre completo del Representante Legal Suplente:

Tipo de documento: CC CE PASAPORTE N° Identificación:

Fecha de expedición (dd/mm/aaaa): Correo Electrónico:

Nombre o razón social y N° de identificación de los socios o accionistas que tengan una participación directa o indirecta superior al (5%) del capital social, aporte o participación. (Incluir el porcentaje de participación de cada socio o accionista)

Tipo documento	Número	Nombre completo	%

INFORMACIÓN FINANCIERA -PERSONA NATURAL Y JURÍDICA

Total Activos	Total Pasivos	Total Patrimonio	Ingresos mensuales	Fecha corte (Mes/año)
\$	\$	\$	\$	

Detalle de otros ingresos no operacionales o derivados de otra actividad (especificar):



FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROVEEDORES

Código: FA22-16
Versión: 4
Fecha: Mayo 2023

INFORMACIÓN TRIBUTARIA -PERSONA NATURAL Y JURÍDICA (No aplica para empresas del sector público)

Las personas naturales solo llenar el campo del Régimen

Sujeto a Retención <input type="checkbox"/>	Autorretenedor <input type="checkbox"/>	Gran contribuyente <input type="checkbox"/>	Contribuyente ICA <input type="checkbox"/>	Régimen: Responsable de IVA <input type="checkbox"/> No responsable de IVA <input type="checkbox"/>
---	---	---	--	---

INFORMACIÓN BANCARIA PARA REALIZAR PAGOS- PERSONA NATURAL Y JURÍDICA

Nombre de la Entidad Financiera:	Ciudad:
Tipo de cuenta: Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	No. de cuenta:

PERSONA DE CONTACTO EN LA EMPRESA (solo para personas Jurídicas)

Nombres y Apellidos:	Cargo:
Correo Electrónico:	Teléfono:

OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA - PERSONA NATURAL Y JURÍDICA (No aplica para empresas del sector público)

¿Realiza operaciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Posee cuentas en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Banco:	Número de cuenta:	
Moneda:	País:	Ciudad:

Declaro que no realizo transacciones en moneda extranjera. Si no realiza transacciones en moneda extranjera, marcar este campo.

DECLARACIÓN ORIGEN DE FONDOS/ DESTINACIÓN RECURSOS

Declaro expresamente que realizo actividades lícitas y están dentro del marco de la Ley. Que los recursos propios no provienen ni se destinarán al lavado de activos y/o la financiación del terrorismo.

AUTORIZACIÓN LEY 1918 de 2018

El(la) suscrito(a) _____, identificado con _____ número _____ con fecha de expedición, _____ autorizo libre, expresa e inequívocamente a la Universidad Cooperativa de Colombia a consultar mis datos personales en el registro de inhabilidades por delitos sexuales contra menores edad de la Policía Nacional de Colombia, de manera previa a mi eventual vinculación contractual o legal y a monitorearse en caso de llegarse a formalizar, cada cuatro (4) meses a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente dicha relación, atendiendo a lo señalado en la Ley 1918 de 2018, y sus decretos reglamentarios en especial, los decretos 753 de 2019 y 351 de 2020.
En la ciudad _____ fecha (dd/mm/aaaa) _____

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS

Autorizo a la Universidad Cooperativa de Colombia, para tratar los datos personales relacionados en el presente documento y los soportes que hacen parte de este, incluso al tratamiento de los datos biométricos, para los fines relacionados con su objeto social, de conformidad con su política institucional.

Así mismo, autorizo la validación y verificación de la información y la consulta en fuentes de información y listas de control nacionales e internacionales públicas en cumplimiento de su Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de activos y financiación del terrorismo (SARLAFT), correspondiente a la persona jurídica que represento, a sus representantes legales, miembros de Junta Directiva, asociados/socios con participación igual o superior al 5% y personal Directivo.

Manifiesto que:

La información suministrada en el presente es veraz y verificable.

Me comprometo a poner en conocimiento de la Universidad cualquier cambio o modificación que se surta en su información y/o documentación y actualizarla anualmente.

Tengo claridad que, la Universidad Cooperativa de Colombia podrá abstenerse de tener algún relacionamiento conmigo o terminar unilateralmente el vínculo contractual, en los siguientes eventos:

-Por estar vinculado por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, lavado de activos, terrorismo, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.

-Estar incluido en listas restrictivas internacionales vinculantes a Colombia, de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.

-Ser condenado por delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo, señalados en el Código Penal Colombiano.

¿Tiene vínculo familiar con algún funcionario de la Universidad Cooperativa de Colombia? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor indique el nombre completo del funcionario: _____ y parentesco: _____



**FORMULARIO DE VINCULACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE
PROVEEDORES**

Código: FA22-16
Versión: 4
Fecha: Mayo 2023

Hago constar que he leído, comprendido y que mi firma tiene el alcance para la Declaración de Origen de Fondos, el Tratamiento de los Datos, la autorización para consulta de Datos Personales (Ley 1918 de 2018) contenidas en este formulario y también con ella declaro que los datos contenidos en este formulario son veraces y que acepto los términos y condiciones del registro de proveedores y todos los documentos asociados al registro de proveedores de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Autorización de notificaciones por medios tecnológicos: En mi calidad de titular de los datos de contacto aportados, autorizo a la Universidad Cooperativa de Colombia para el envío de notificaciones y demás trámites de documentos que se generen mientras exista la relación comercial, dando uso de los medios tecnológicos disponibles (correos electrónicos certificados, mensajes de texto SMS, mecanismos de firma electrónica y/o firmas digitales, entre otros). Lo anterior, en relación con la Ley 527 de 1999, Decreto 2364 de 2012, la Resolución Rectoral 2508 de 2020, el Acuerdo Superior 171 de 2014 y demás normas internas y externas en la materia.

Declaro que estoy informado de mi obligación de actualizar mi información anualmente, o antes si cambia la información suministrada en el presente formulario.

NOMBRE DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

FIRMA DEL TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL _____

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE – PEP

FECHA CONSULTA	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRE	TIPO PEP	OBSERVACIONES

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha verificación información: (dd/mm/aaaa) Campus:

Nombre y apellidos persona que verifica la información:

Registre las observaciones presentadas en la gestión o trámite de vinculación o actualización de proveedores:

Firma digital del comprador responsable:

REQUISITOS PARA VINCULACIÓN POR PRIMERA VEZ	PERSONA NATURAL	PERSONA JURÍDICA	EMPRESA PÚBLICA	PERSONA NATURAL EXTRANJERA	PERSONA JURÍDICA EXTRANJERA
Formulario de Vinculación y Actualización de proveedores FA22-16, totalmente diligenciado, firmado.	X	X	X	X	X
Documento de identificación del titular (pasaporte, cédula de extranjería, etc.) o representante legal.	X	X	X	X	X
RUT completo y actualizado.	X	X	X		
Documento Registro de identificación tributaria de acuerdo con la normativa de su país de origen.					X
Certificado de cuenta bancaria para pagos, expedida por la entidad financiera, con fecha de expedición no mayor a 90 días.	X	X	X	X	
Certificado de afiliación a seguridad social: salud, pensión y ARL, no mayor a 30 días.	X				
Registro mercantil, con vigencia no mayor a dos meses. Aplica para todos los comerciantes.	X				
Certificado de existencia y representación legal, expedido por la cámara de comercio o por la entidad que haga sus veces, con la renovación anual vigente y expedido con fecha no superior a 2 meses.		X			
Certificado general de la autoridad competente para demostrar su existencia y conformación de acuerdo con la normativa.			X		
Certificado del pago de aportes a seguridad social y parafiscales (SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar), con fecha de expedición inferior a 30 días, expedido por el representante legal o revisor fiscal.		X			
Las personas jurídicas que están obligadas a la implementación del SIPLAFT, SARLAFT o cualquier otro sistema de administración para la prevención y el control del riesgo LA/FT deben aportar certificación de su cumplimiento, y funcionamiento, firmada por el Oficial de Cumplimiento o quien haga sus veces		X			
Certificado dado por la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) del cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST). Con vigencia actualizada a la fecha anual de la evaluación, con resultado moderadamente aceptable y/o aceptable.		X			
Certificado general de la autoridad competente para demostrar su existencia y conformación de acuerdo con la normativa de su país de origen. (Persona Jurídica).					X
Estatutos o certificado de vigencia de sociedad del registro de comercio. (Persona Jurídica).					X
Visa que le permita desarrollar la actividad, ocupación u oficio autorizado en la Universidad Cooperativa de Colombia. Si su permanencia es igual o superior a 90 días, debe inscribirse en el registro de extranjeros y obtener la Cédula de Extranjería.				X	
Si va a ejercer una profesión regulada, deberá convalidar sus títulos profesionales y obtener licencia o permiso ante los consejos profesionales respectivos o autoridades competentes.				X	
Para efectos de afiliación y pago de aportes en salud y ARL deberá cumplir con los mismos requisitos señalados para los nacionales, al igual que para pensiones, siempre y cuando no estén cubiertos por ningún régimen de su país de origen o de cualquier otro (artículo 3 de la Ley 797 de 2003).				X	
REQUISITOS PARA ACTUALIZACIÓN					
Formulario de Vinculación y Actualización de proveedores FA22-16, totalmente diligenciado y firmado	X	X	X	X	X
Certificado de existencia y representación legal, expedido por la cámara de comercio o por la entidad que haga sus veces, con la renovación anual vigente y expedido con fecha no superior a 2 meses.		X	X		
Certificado dado por la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) del cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST). Con vigencia actualizada a la fecha anual de la evaluación, con resultado moderadamente aceptable y/o aceptable.		X			

NOTA: los documentos deben ser enviados al centro de administración documental del campus correspondiente desde el correo registrado en el formulario, en el RUT o en el certificado de existencia y representación legal.

<p>Elaboró: Nombre: Eliana Patricia Toloza Avila Cargo: Especialista de Proveedores Nombre: Maria Norelia Rodriguez Cargo: Oficial de Cumplimiento</p>	<p>Revisó: Nombre: Sebastián Ramírez Hoyos Cargo: Analista de Procesos</p>	<p>Aprobó: Nombre: Aracelly Holguín Zapata Cargo: Director(a) de Compras</p>
---	---	---