

<b>FECHA:</b>	AAAA	MM	DD
---------------	------	----	----

1.- DATOS DE IDENTIFICACION			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			NÚMERO DE RUC
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	No. IDENTIFICACIÓN
DIRECCIÓN MATRIZ (OFICINA PRINCIPAL)			
CANTÓN O CIUDAD	PROVINCIA	DIRECCIÓN (CALLE PRINCIPAL No. CALLE SECUNDARIA)	REFERENCIA
TELÉFONOS	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	PAGINA WEB
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA DE CONTACTO			
EL INMUEBLE DONDE FUNCIONA MATRIZ ES: (PROPIO, ARRENDADO, ANTICRESIS, OTRO)		FECHA DE INICIO DE ACTIVIDADES	
TIPO DE BIENES O SERVICIOS QUE PRESTA			
OFICINA, UNIDAD O ÁREA A LA QUE PRESTA SERVICIOS Y/O ENTREGA BIENES EN LA COAC. CACMU LTDA. LTDA. (SI APLICA)	TIEMPO QUE HA ESTADO COMO PROVEEDOR DE LA COAC. CACMU LTDA. (SI APLICA)		

2.- ESTADO DE SITUACIÓN			
TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS	TOTAL PATRIMONIO	PROMEDIO MENSUAL DE VENTAS

Declaro expresamente que los bienes y valores registrados en este documento, así como los que resultaren de la aplicación de la presente solicitud tienen origen y destino lícito, y no provienen de actividades ilícitas prohibidas por la ley del Ecuador.

### 3. REFERENCIAS:

Empresas o personas de referencia a quienes el proveedor entrega bienes o servicios (al menos 3):

APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL	CEDULA DE CIUDADANÍA O RUC	NOMBRE DE CONTACTO	NOMBRE DE CONTACTO	PROMEDIO DE VENTA MENSUAL


**4. Autorizo (amos) a la COAC CACMU LTDA. LTDA. a confirmar por cualquier medio la veracidad de la información proporcionada así como realizar los 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 detectare transacciones financieras, depósitos, captaciones, etc., inusuales o injustificadas. Renuncio (amos) a ejecutar cualquier pretensión tanto en el ámbito civil como penal por estos hechos.**

5. Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente al personal de la Cooperativa de Ahorro y Crédito para que obtenga cuantas veces sea necesario de cualquier fuente de información incluidos los burós de crédito, mi (nuestra) información de riesgos crediticios, de mí como personal natural o jurídica y/o accionistas.

6. Autorizo (amos) expresa e irrevocablemente al personal de la Cooperativa de Ahorro y Crédito para que se realicen las consultas de antecedentes penales, consulta de procesos de la Función Judicial, consulta de noticias del delito de la Fiscalía General del Estado, cuantas veces sea necesario, sobre mi (nuestra) información, de mí como personal natural o jurídica y/o accionistas.

7. En caso de que la información consignada en el presente formulario sufriera cambios relevantes, me (nos) comprometo (emos) a actualizar dicha información en forma inmediata, caso contrario este formulario deberá ser actualizado anualmente.

FIRMA

Nombre: \_\_\_\_\_  
C.C.: \_\_\_\_\_

PARA USO DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA	
<b>VERIFICADO POR:</b>	
NOMBRE _____	FECHA: AAAA-MM-DD
FIRMA Y SELLO _____	
_____	
<b>OBSERVACIONES:</b>	