

FORMULARIO CONOZCA A SU CAJA DE AHORRO

NUEVO

ACTUALIZACIÓN

LUGAR Y FECHA: _____

Se solicita llenar el formulario a máquina o letra de imprenta, en forma clara y precisa. No dejar espacios en blanco en este formulario. En los casos que no aplica, indíquese N/A.

DATOS DE LA ASOCIACIÓN CIVIL

Nombre o Razón Social				RIF:	Objeto Social:
Dirección domicilio (Urbanización, calles/avenidas/parroquia /edif. /casa)				Ciudad:	Estados:
Teléfono(s) Local:	Teléfono(s) Celular(es):	Correo electrónico:	Fecha de Constitución de la Asociación Civil:		
Nro. Registro y Sector:	Sector Económico al que pertenece:	Periodo de Vigencia:	Cumple con la consignación de los deberes formales:		
Pública: <input type="checkbox"/>	Privado: <input type="checkbox"/>	Cantidad de Asociados:	EEFF <input type="checkbox"/> Plan Anual <input type="checkbox"/> Presupuesto <input type="checkbox"/> SIGECAF <input type="checkbox"/>		
Productos y Servicios: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique:		Propiedades: Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/> Explique:		Inversiones: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique:	
Datos de cuentas entidades bancarias que maneja la asociación:					
Banco		Tipo de Cuenta		N° de Cuenta	

DIRECTIVA DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Y/O CONSEJO DE VIGILANCIA

Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>		Nacionalidad:		C.I.:		Cargo que ocupa en la directiva:	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>				Lugar de Nacimiento:		Fecha de nacimiento: DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/>	
Estado:	Municipio:	Dirección domicilio (Urbanización, calles/avenidas/parroquia /edif. /casa)			Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/>		
Teléfono(s) Domicilio:		Teléfono(s) Celular(es):		Correo electrónico personal:		Nivel Académico	Profesión:
Primer Nombres: (Cónyuge)		Segundo Apellido: (Cónyuge)		Primer Apellido: (Cónyuge)		Segundo Apellido: (Cónyuge)	
C.I.		No. de Identificación:		Nacionalidad:		Teléfono(s) Celular(es):	
Posee Firmas Autorizadas: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cuales:					

RESULTADOS	
Ingresos Mensuales Bs.	
Gastos Mensuales Bs.	
Total (Ventas- Gastos) Bs.	

BALANCE	
Activos Bs.	
Pasivos Bs.	
Patrimonio Bs.	

PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

Si alguno de los Accionistas, Representantes Legales, Apoderados, firmas Autorizadas o sus familiares es o ha sido funcionario público a nivel nacional o en el extranjero se solicita, contestar las siguientes preguntas y llenar la declaración sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente.

Si trabaja o trabajó en el Sector Público Maneja o manejó recursos públicos: Si No
Explique:

Persona natural que ostenta u ostentó en los últimos 5 años un cargo de alto nivel en el poder ejecutivo, legislativo, judicial, militar, partido político; de un gobierno nacional o extranjero. Esto incluye a sus familiares conexos consanguíneos (hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad) o políticos. Sí No

Además, de familiares cercanos, ¿Tiene cualquier vínculo laboral, financiero o social con alguna Persona Expuesta Políticamente (PEP) que pudiera clasificarlo como un Asociado Cercano? (por ejemplo: socios comerciales de negocios, entre otros).

De ser positiva la respuesta, indique información sobre la naturaleza de ese vínculo: Sí No
Explique:

¿Tiene vínculos íntimos, financieros o comerciales con alguna persona que sí sea Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

De ser positiva la respuesta, indique información sobre la naturaleza de ese vínculo: Sí No
Explique:

OTROS FACTORES DE RIESGO

¿Se encuentra incluido en listas de sanciones nacionales o internacionales relativas a LC/FT/FPADM? SI NO

¿Ha sido condenado o investigado por delitos de naturaleza financiera o relacionados a la corrupción? SI NO

DECLARACIÓN JURADA

“DECLARO bajo juramento que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuare con la Asociación Civil de Ahorro, no provienen ni provendrán de fondos obtenidos en forma ilegítima o vinculados a la Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y otros ilícitos, en consecuencia, eximo a la citada asociación de ahorro de toda responsabilidad aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Igualmente declaro, que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada y conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales. Conozco el Programa de Cumplimiento de la Asociación bajo la Providencia SCA-001-2025, publicada en la Gaceta Oficial N° 43.226, de fecha 02 de octubre de 2025”.

ACTA DE COMPROMISO

Me COMPROMETO a comunicar y documentar de manera inmediata a la Asociación Civil de Ahorro de cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado o en la de mis asociados cercanos, especialmente, aún en sospecha, de que las transacciones y operaciones que se han efectuado provienen de fondos obtenidos en forma ilegítima o vinculados con negocios de lavado de dinero producto de narcotráfico de sustancias ilegales. Durante la vigencia de la relación con la asociación civil, me comprometo a proveer la documentación e información que sea solicitada. De la misma manera me comprometo a notificar inmediatamente (máximo cinco (05) días hábiles) si fuera el caso cualquier cambio en el Titular Beneficiario o en la composición de la Junta Directiva. Me obligo a efectuar con el Programa de Cumplimiento de la Asociación bajo la Providencia SCA-001-2025, publicada en la Gaceta Oficial N° 43.226, de fecha 02 de octubre de 2025.

AUTORIZACIÓN

AUTORIZO expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a la Asociación Civil de Ahorro, a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos de los haberes retenidos y voluntarios que realice ante la Asociación; hago extensiva esta autorización a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a la Superintendencia de Cajas de Ahorro (SUDECA) toda la información que ésta les requiera.

Así mismo autorizo expresamente a la Asociación de Ahorro a realizar el análisis e investigación que considere pertinente e informar a las autoridades competentes si fuera el caso.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Y/O CONSEJO DE VIGILANCIA

N° DE CÉDULA:

HUELLA: