

FORMULARIO CONOZCA A SU EMPLEADA O EMPLEADO

NUEVO

ACTUALIZACION

LUGAR Y FECHA: _____

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

DATOS DEL EMPLEADOR (ORGANISMO / ENTE):

Nombre o Razón Social		R.I.F.:	
Objeto Social:	Dirección Fiscal (Urbanización, calles/avenidas/parroquia /edif. /casa):		Estado:
Teléfono(s) Fijo(s)	Teléfono(s) Celular(es)	Correo electrónico:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Empresa Pública: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/>	Sector Económico al que pertenece la empresa: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Otros:		
Describa la actividad económica de la Empresa:			

DATOS DE LA EMPLEADA O EMPLEADO

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	C.I.:	Profesión u Oficio:
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:	Indicar Profesión / Ocupación
Primer Nombre (Cónyuge):	Segundo Nombre (Cónyuge):	Primer Apellido (Cónyuge):	Segundo Apellido (Cónyuge):
C.I.:	Nacionalidad:	Teléfono(s) Celular(es):	

INFORMACIÓN ECONÓMICA

RESULTADOS		BALANCE	
Ingresos Mensuales Bs.		Activos Bs.	
Gastos Mensuales Bs.		Pasivos Bs.	
Total (Ventas- Gastos) Bs.		Patrimonio Bs.	

OTRAS FUENTES DE INGRESOS

Explique el origen de los otros ingresos y monto anual:		
1. Salario: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	7. Regalías: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	13. Comisiones: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____
2. Honorarios: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	8. Donaciones: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	14. Redes Sociales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____
3. Herencia: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	9. Ganancias de Capital: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	15. Transferencia / ayuda: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____
4. Venta de Bienes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	10. Dividendos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	16. Otro (especifique): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____
5. Servicios: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	11. Intereses: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	TOTAL, DE INGRESOS EXTRAORDINARIOS: _____
6. Rentas de Alquiler: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	12. Juegos de Azar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Origen: _____ Monto Anual: _____	

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: Si 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: Si 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 conoedor(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 EMPLEADA O EMPLEADO
N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD
HUELLA