

## FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR - PERSONA JURIDICA

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 EMPRESA:

|  |  |                     |                                      |
|--|--|---------------------|--------------------------------------|
| Nombre o Razón Social  |  | RIF:                | Objeto Social:                       |
| Dirección Fiscal (Urbanización, calles/avenidas/parroquia /edif. /casa):       |  |                     | Ciudad: Estados:                     |
| Teléfono(s) Local  | Teléfono(s) Celular(es)  | Correo electrónico: | Fecha de Constitución de la Empresa: |
| Empresa<br>Pública: <input type="checkbox"/> Privado: <input type="checkbox"/> | Sector Económico al que pertenece la empresa:<br>Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Financiero <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Otros: |                     | Capital Social:                      |
| Describa la actividad económica de la Empresa:                                 |  |                     |                                      |
| Datos de cuentas entidades bancarias que maneja la Empresa:                    |  |                     |                                      |
| Banco  | Tipo de Cuenta   | N° de Cuenta        |                                      |
|  |  |                     |                                      |
|  |  |                     |                                      |

### REPRESENTANTE LEGAL:

|   |                         |   |  |
|---|-------------------------|---|--|
| 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:<br>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:  |  |

### NÓMINA DE ACCIONISTAS O SOCIOS:

|  |   |         |                 |
|--|---|---------|-----------------|
| Tipo de Personas<br>Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> | No. de Identificación:<br>Cédula/Rif/Pasaporte: | Nombre: | % Participación |
| Tipo de Personas<br>Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> | No. de Identificación:<br>Cédula/Rif/Pasaporte: | Nombre: | % Participación |
| Tipo de Personas<br>Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> | No. de Identificación:<br>Cédula/Rif/Pasaporte: | Nombre: | % Participación |

### FIRMAS AUTORIZADAS

|      |        |          |            |
|------|--------|----------|------------|
| C.I. | Cargo: | Nombres: | Apellidos: |
| C.I. | Cargo: | Nombres: | Apellidos: |

### INFORMACIÓN ECONÓMICA

| RESULTADOS                 |  | RESULTADOS     |  |
|----------------------------|--|----------------|--|
| Ingresos Mensuales Bs.     |  | Activos Bs.    |  |
| Gastos Mensuales Bs.       |  | Pasivos Bs.    |  |
| Total (Ventas- Gastos) 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 PROVEEDOR

Nº DE CÉDULA:

HUELLA:

## DOCUMENTOS REQUERIDOS

|   |
|---|
| 1.- Copia del Registro de Información Fiscalía.   |
| 2.- Copia de las (2) dos Últimas de Asambleas.  |
| 3.- Copia del documento constitutivo.   |
| 4.- Copia de Estado Financiero, mínimo del último año atrás. Estado Financiero Auditado en los casos que aplique; |
| 5.- Copia de un recibo de cualquier servicio básico.  |

## PARA USO INTERNO

Certifico haber revisado y verificado la información proporcionada en el presente formulario:

### DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRE:

CARGO: