

## FORMULARIO CONOZCA A SU ASOCIADO O ASOCIADA

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 domicilio (indicar calles/avenidas/manzana/solar/villa)		Ciudad:
Teléfono(s)	Teléfono(s) Celular(es)	Correo electrónico:	Fecha de Ingreso a la Empresa:
Empresa	Sector Económico al que pertenece la empresa:		
Pública <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	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 DEL ASOCIADO O ASOCIADA

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Sexo:	Tipo de Identificación:		Nacionalidad:
Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de Identificación:	
Estado Civil:		Lugar de Nacimiento	Fecha de nacimiento:
Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>			DD <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/>
Ciudad de Residencia:	Dirección domicilio (indicar calles/avenidas/manzana/solar/villa)	La residencia es:	
		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):
Tipo de Identificación:	No. de Identificación:	Nacionalidad:	Teléfono(s) Celular(es):
Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>			

### INFORMACIÓN ECONÓMICA

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

BALANCE		
ACTIVOS	Bs.	
PASIVOS	Bs.	
PATRIMONIO	Bs.	

### OTRAS FUENTES DE INGRESOS

#### EXPLIQUE EL ORIGEN DE LOS OTROS INGRESOS:

	Total de Ingresos Extraordinarios:	
--	------------------------------------	--

**PERSONA EXPUESTA PUBLICA Y POLITICAMENTE.**

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

Si trabaja o trabajó en el Sector Público:	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.
Maneja/manejó recursos públicos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**DECLARO:** Bajo juramento que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuare con la (nombre de la asociación 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 (nombre de la asociación de ahorro) de toda responsabilidad aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Así mismo autorizo expresamente a la (nombre de la asociación de ahorro) a realizar el análisis e investigación que considere pertinente e informar a las autoridades competentes si fuera el caso.

Además, 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, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la (nombre de la asociación de ahorro) sobre cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la (nombre de la asociación de ahorro), me comprometo a proveer de la documentación e información que sea solicitada.

**AUTORIZO:** Expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a la (nombre de la asociación 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.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASOCIADO O ASOCIADA**  
**Nº DE CÉDULA O PASAPORTE:**  
**HUELLA:**

**PARA USO DE LA ASOCIACIÓN DE AHORRO:**

Fecha:	Nombre y Apellido:	Firma:
--------	--------------------	--------