

# FORMULARIO DE APERTURA

## Creación / Actualización Cliente Persona Jurídica

### Datos principales

Razón Social \_\_\_\_\_ NIT / N° Matrícula de Comercio \_\_\_\_\_  
 Tipo de Personaría (S.A., S.R.L., ONG, Cooperativa etc.) \_\_\_\_\_ N° Testimonio de Constitución o equivalente \_\_\_\_\_  
 Fecha de Constitución \_\_\_\_\_ Actividad económica u objeto social \_\_\_\_\_  
 Ingresos anuales USD \_\_\_\_\_ Propósito o finalidad de la(s) cuenta(s) \_\_\_\_\_

### Dirección comercial y de correspondencia

País \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Barrio/Zona \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Cuenta con sucursales SI  NO  (Si respondió SI proporcionar un anexo con la dirección de cada sucursal) Dirección: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Acepto que envíen los estados de cuenta y factura mensuales al correo electrónico(1) SI  NO   
 Si respondió No, favor indicar la dirección donde desea recibir los estados de cuenta y factura: \_\_\_\_\_  
 Habilitar consultas vía web \_\_\_\_\_

### Información de personas relacionadas con la empresa (ACCIONISTAS O SOCIOS (MAYOR AL 10%) Y DIRECTORIO) (2)

	Persona 1	Persona 2
Nombre y Apellidos/Razón Social		
Documento de Identidad / NIT (3)		
Nacionalidad		
Tipo de relación con la empresa/Cadena de Titularidad (4)	Accionista o socio <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Controlling person <input type="checkbox"/>	Accionista o socio <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Controlling person <input type="checkbox"/>
% de part (accionista o socio)		
Cargo (Directorio)		
Actividad económica		
Domicilio		
Lugar donde trabaja		
¿Ha desempeñado algún cargo político jerárquico en el territorio Nacional o un país extranjero en los últimos 5 años? (5)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Por el cargo que ocupa actualmente, es usted una Persona Políticamente Expuesta? (PEP) (6)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Es socio o asociado de una PEP, administrador de una empresa de un PEP o tiene una relación comercial con una PEP? (6)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Confirme si cumple con algunas de las siguientes consideraciones para ser residente en los EE.UU.: (i) nació en EE.UU. o alguno de sus territorios (Samoa Americana, Islas Marianas, Guam, Puerto Rico e Islas Vírgenes), (ii) tiene nacionalidad americana, (iii) permiso para residir en EE.UU., (iv) tiene obligaciones tributarias en ese país (7)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Persona 3	Persona 4
Nombre y Apellidos/Razón Social		
Documento de Identidad / NIT (3)		
Nacionalidad		
Tipo de relación con la empresa/Cadena de Titularidad (4)	Accionista o socio <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Controlling person <input type="checkbox"/>	Accionista o socio <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Controlling person <input type="checkbox"/>
% de part (accionista o socio)		
Cargo (Directorio)		
Actividad económica		
Domicilio		
Lugar donde trabaja		
¿Ha desempeñado algún cargo político jerárquico en el territorio Nacional o un país extranjero en los últimos 5 años? (5)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Por el cargo que ocupa actualmente, es usted una Persona Políticamente Expuesta? (PEP) (6)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Es socio o asociado de una PEP, administrador de una empresa de un PEP o tiene una relación comercial con una PEP? (6)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Confirme si cumple con algunas de las siguientes consideraciones para ser residente en los EE.UU.: (i) nació en EE.UU. o alguno de sus territorios (Samoa Americana, Islas Marianas, Guam, Puerto Rico e Islas Vírgenes), (ii) tiene nacionalidad americana, (iii) permiso para residir en EE.UU., (iv) tiene obligaciones tributarias en ese país (7)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Información de Representantes legales, y Alta Gerencia (8)

	Persona 1	Persona 2	Persona 3	Persona 4				
Nombres y Apellidos								
Fecha de nacimiento								
Lugar de nacimiento								
Documento de identidad y lugar de emisión (Si corresponde)								
Correo electrónico								
NIT (si corresponde)								
Teléfono/Celular								
Nacionalidad								
2da Nacionalidad								
País de residencia								
Dirección domicilio particular								
Profesión/Oficio								
Situación Laboral	Dependiente Estudiante Independiente	Jubilado Desempleado	Dependiente Estudiante Independiente	Jubilado Desempleado	Dependiente Estudiante Independiente	Jubilado Desempleado	Dependiente Estudiante Independiente	Jubilado Desempleado
Actividad económica								
Dirección comercial (si corresponde)								
Ingreso promedio Mensual USD								
Lugar donde trabaja								
Cargo								
Ocupa cargo de Alta Gerencia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Fecha de ingreso ( dd / mm / aa )								
Estado civil								
Nombre y apellidos del Cónyuge (Si corresponde)								
Actividad económica del Cónyuge (Si corresponde)								
Confirme si cumple con algunas de las siguientes consideraciones para ser residente en los EE.UU.: (i) nació en EE.UU. o alguno de sus territorios (Samoa Americana, Islas Marianas, Guam, Puerto Rico e Islas Vírgenes), (ii) tiene nacionalidad americana, (iii) permiso para residir en EE.UU., (iv) tiene obligaciones tributarias en ese país (7)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Ha desempeñado algún cargo político jerárquico en el territorio Nacional o un país extranjero en los últimos 5 años? (5)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Por el cargo que ocupa actualmente, es usted una Persona Políticamente Expuesta? (PEP) (6)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
¿Es socio o asociado de una PEP, administrador de una empresa de un PEP o tiene una relación comercial con una PEP? (6)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

Referencias Comerciales, Bancarias y Proveedores

**Referencias:**

Comerciales:

Empresa: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Bancarias:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedores o clientes

Empresa: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Asimismo autorizo (autorizamos) expresamente a Credifondo SAFI S.A. proporcionar mis (nuestros) datos y documentos relativos a la identificación de cliente y de mis (nuestras) operaciones que forman parte del Grupo Financiero Crédito, y en el marco de la prevención de Legitimación de Ganancias ilícitas y Financiamiento del Terrorismo. Acepto  No Acepto

**Registro de Firmas**

Deben firmar los representantes legales con facultades de abrir cuentas de participación y de igual manera las personas que manejarán fondos de estas cuentas. La información proporcionada tiene carácter de declaración jurada y su veracidad es de nuestra total responsabilidad.

Firma

Nombres y Apellidos:

Firma

Nombres y Apellidos:

Firma

Nombres y Apellidos:

Firma

Nombres y Apellidos:

Lugar  fecha  de

Nota:

- (1) El participante puede elegir recibir la información por correo electrónico. Al hacerlo, autoriza expresamente este medio y declara que: Acepta el uso del medio electrónico disponible por Credifondo SAFI y declara que toma conocimiento del estado de cuenta y/o información enviada por el medio solicitado.
- Si cambia su correo electrónico, debe informar a Credifondo SAFI con al menos 10 días hábiles antes del cierre de mes.
- Se compromete a comunicar por escrito cualquier cambio de dirección o medio de entrega, considerándose válido el registrado hasta que se notifique el nuevo.
- Acepta que Credifondo SAFI comunique por correo electrónico cualquier modificación, demora, suspensión temporal o permanente de servicio.
- Si no cuenta con correo electrónico, puede solicitar a Credifondo SAFI la entrega física o en puntos de distribución de cuotas.
- (2) Se debe llenar todos los datos requeridos de las siguientes personas:
  - a. Todos los socios/accionistas de la empresa que de manera individual posean un porcentaje de al menos 10%.
  - \*En caso de que un socio/accionista sea una persona jurídica, se debe declarar también a sus propios socios/accionistas que posean un porcentaje de al menos 10% en el Anexo A al Formulario de Apertura.
  - b. Todas las personas naturales que controlen directa o indirectamente la empresa.
  - c. Miembros de la Alta Gerencia del cliente/nuevo cliente
  - e. En caso de que se deba llenar datos de más de 4 personas, puede usar el Anexo A las veces que haga falta.
- (3) Debe declarar el N° de CI / CE / PAS y/o NIT (Según corresponda).
- (4) Cadena de Titularidad: Interposición de una o varias personas, naturales y/o jurídicas, u otras estructuras jurídicas respecto de la persona natural que tenga la condición de beneficiaria final.
- (5) Funcionarios que ocupan o han ocupado cargos directivos y ejecutivos en el sector público y toman las decisiones respecto a la administración de recursos.
- (6) Si alguna respuesta es afirmativa debe llenar el Formulario PEP.
- (7) Si la respuesta es afirmativa la respuesta debe llenar el formulario W9 y el Waiver PN.
- (8) En caso de que se deba llenar datos de más de 4 representantes legales, puede usar el Anexo B las veces que haga falta.

Para uso exclusivo de Credifondo SAFI S.A.

Abogado	Analista de Operaciones	Contralor
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello