



**FORMULARIO BENEFICIARIO FINAL**  
**FINAL BENEFICIARY FORM**  
Política Conozca a su Cliente -Know Your Customer Policy

**DECLARACION JURADA/SWORN STATEMENT**

Por medio de la presente, quien suscribe/Hereby, the undersigned: \_\_\_\_\_ Secretario/Secretary, ☐  
☐ Representante Legal/Legal Representative, ☐ Accionista/ Shareholder, ☐ Apoderado de la Sociedad/Attorney-in-fact  
of the Company: \_\_\_\_\_

Certifica lo siguiente/Certifies that:

Que los Accionistas o Beneficiarios Finales con mínimo el 25% de las acciones y/o Persona(s) que Ejerce(n) Control en la Sociedad son:/The Shareholders or Final Beneficiaries of the Company with a minimum of 25% of the shares are:

| Nombres y Apellidos Name and Last names | Cédula o Pasaporte ID # or Passport | Nacionalidad Nationality | Porcentaje de Acciones Percentage of Shares | Fecha en la que se adquiere la condición de Beneficiario Final Date on which the status of Final Beneficiary is acquired | Accionista que es Persona Expuesta Políticamente (PEP)/Shareholder who is a Politically Exposed Person <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/><br>SI/Yes NO/No | ¿Es usted familiar cercano o estrecho colaborador de un PEP? /Are you a close or close family member of a PEP?<br><input type="checkbox"/> SI/Yes <input type="checkbox"/> NO/No |
|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |
|                                         |                                     |                          |                                             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                  |

En el Caso contrario/In the opposite case,

☐ Declaro que la empresa no mantiene ningún accionista o Beneficiarios Finales que mantengan con mínimo el 25% de las acciones/I declare that the company does not maintain any shareholders or Final Beneficiaries that hold a minimum of 25% of the shares.

Adjuntar copia del certificado de Acciones/Attach copy of the share certificate.

En fe de lo cual suscribe el presente documento el día de hoy/In witness whereof I have signed this document today, \_\_\_\_\_  
de/of \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_de/of \_\_\_\_\_.

FIRMA DEL/ SIGNED BY: ☐ REPRESENTANTE LEGAL/ LEGAL REPRESENTATIVE, ☐ ACCIONISTA/SHAREHOLDER o/or ☐ APODERADO  
DE LA EMPRESA/ATTORNEY-IN-FACT OF THE COMPANY:

Firma Autorizada/Authorized signature: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE LA EMPRESA/ ONLY FOR COMPANY USE**

Nombre y Apellido contacto que refirió al cliente/Name and Surname of the contact who referred the client:

Nombre y Apellido del colaborador que revisa/Name and Surname of the collaborator who reviews:

Cargo u Ocupación/Position or Occupation:

Firma/Signature: \_\_\_\_\_