CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS FINALES
Personas Jurídicas

Señores Grupo Financiero Corporación BI.
En cumplimiento a lo estipulado en los artículos 1, 19, 21, 22, 32 y 33 literal h) de la **Ley Contra el Lavado de Dinero u Otros Activos** y artículos 18 y 25 de su respectivo **Reglamento** artículos 15 y 20 de la **Ley Para Prevenir y Reprimir el Financiamiento del Terrorismo** y artículo 14 de su respectivo **Reglamento**, a continuación certifico los datos siguientes:

SECCIÓN A: INFORMACIÓN GENERAL:

A.1.	Denominación o Razón Social:		Nombre Comercial	
A.2.	Tipo de entidad jurídica:	Anónima ☐ Colectiva ☐	Comandita Simple ☐ Comandita Simple por Acciones ☐	Responsabilidad Limitada ☐ De Emprendimiento ☐
A.2.1	En caso sea distinta a las anteriores especifique:		Fecha de Constitución:	
A.3.	País de constitución:		País principal de domicilio:	
A.4.	Dirección completa (calle o avenida, número de casa, colonia, sector, lote, manzana, codigo postal, ciudad, Estado, etc.)			
A.5.	Correo electrónico (administrativo u oficial):		Teléfono:	Página web:

A.6. Datos Tributarios

#	País (es) de Pago de Impuestos	NIT (Guatemala)	No. De Registro (En caso su país de constitución sea distinto a Guatemala)	# ID Tributaria en caso tribute en otro país (Distinto al NIT)
1				
2				

IMPORTANTE: Si la entidad se constituyó o su país de domicilio es en los **Estados Unidos de América**, debe completar el formulario **FATCA W-9 con Waiver a nombre de la entidad. Base Legal:** (26 CFR 1.1471-3 - Identification of payee. [§1.1471-3(c)(3)(i)])

SECCIÓN B: CONOCIMIENTO DE LA ENTIDAD:

B.1.	¿La entidad posee ingresos anuales pasivos del 50% o más? Ejemplos de ingresos pasivos: rentas, dividendos, intereses, regalías u otro similar	Si ☐ No ☐
B.1.1.	En caso sea afirmativo indicar la fuente de sus ingresos pasivos	
B.1.2.	Indique la **actividad económica principal** de la entidad:	

IMPORTANTE:
Si la respuesta es afirmativa, debe completar el formulario **FATCA W-8BEN-E / Base Legal:**(26 CFR 1.1471-3 - Identification of payee. [§1.1471-3(c)(3)(ii)])

B.2.	¿La entidad cotiza en la bolsa de valores?	Si ☐	No ☐	
		Ticker	Bolsa	
B.2.1	En caso afirmativo, colocar ticker e iniciales de la bolsa:			
B.3.	¿La entidad es un organismo internacional o multilateral reconocido?	Si ☐	No ☐	
B.3.1.	En caso afirmativo, indique la fecha de reconocimiento por el Ministerio de Relaciones Exteriores:			
B.4.	¿La entidad está sujeta a la supervisión de la Superintendencia de Bancos -SIB-?	Si ☐	No ☐	
		Fecha de Inscripción	Código de Inscripción	
B.4.1	En caso afirmativo, colocar la información siguiente:			

SECCIÓN C: ACCIONISTAS O SOCIOS DE LA ENTIDAD

C.1	¿Registra accionistas o socios con el 10% o más de participación sobre la entidad:?	Si ☐	No ☐

Si es positiva, detalle los siguientes datos en el cuadro a continuación, en caso contrario, si no posee accionistas o socios con el 10% o más de participación, informe los datos de la sección **"D. Persona Controladora".**

ACCIONISTAS O SOCIOS INDIVIDUALES DE LA ENTIDAD

#	Nombre	Nacionalidad	Otra Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Tipo ID	# ID	NIT (Guatemala)	% participación
1								
2								
3								
4								
5								

CERTIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS FINALES
Personas Jurídicas

ACCIONISTAS O SOCIOS JURIDICOS DE LA ENTIDAD

#	Denominación o Razón Social	País de constitución	Fecha de Constitución	NIT entidades Guatemaltecas	Datos registrales (solo para extranjeras)	% participación
1						
2						
3						
4						
5						

Si la entidad posee accionistas o socios jurídicos con el 10% o más de participación, adjunte a la presente un diagrama que detalle la estructura de los accionistas o socios hasta llegar a los beneficiarios finales.

IMPORTANTE: En caso de existir un accionista individual o jurídico cuya nacionalidad sea **Estadounidense**, deberá completar el formulario **FATCA W-9 con waiver** por cada accionista estadounidense con el 10% o más de participación o propiedad. **Base Legal**: -26 CFR 1.1471-4 - FFI agreement, [§1.1473-1(b)]; [§1.1471-4(d)(3)(iii)]-

SECCIÓN D: PERSONAS CONTROLADORAS

¿En la entidad existen personas individuales que sin ser socios o accionistas, o miembros de la Junta Directiva o Funcionarios de la entidad, tienen control en la entidad? Si ☐ No ☐

En caso positivo detallar los nombres en el siguiente cuadro:

#	Nombre	Nacionalidad	Otra Nacionalidad	Fecha de Nacimiento	Tipo ID	# ID	NIT (Guatemala)	% participación
1								
2								
3								
4								
5								

De no registrar accionistas o socios, hasta identificar a los beneficiarios finales, y tampoco Personas Controladoras deberá completar la sección E. " Miembros del Consejo de Administración, Directores o Funcionarios de Alto Nivel".

SECCIÓN E: MIEMBROS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION, DIRECTORES O FUNCIONARIOS DE ALTO NIVEL:

Nombre	Nacionalidad	Tipo ID	# ID	Fecha de Nacimiento	NIT (Guatemala)	Cargo o Puesto	Fecha de Nombramiento

En mi calidad de: _____ yo _____

de forma libre espontánea y consciente; advertido y conociendo de las penas relativas al delito de perjurio, falsedad material e ideológica, expresamente **CERTIFICO** y **DECLARO**: i) Que los datos proporcionados anteriormente, y en su caso en el o los anexos adjuntos a la presente, son verídicos y corresponden a la entidad que represento, de acuerdo a los registros y controles internos de la misma. ii) Que poseo las facultades necesarias para firmar esta y cualquier otra documentación relacionada a la información de beneficiarios finales consignados en este documento por mi representada en el Grupo Financiero Corporación BI; iii) Que mi representada está enterada de la legislación estadounidense relativa a la Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras (FATCA) y de las diversas consecuencias que se pueden derivar al tratar de evitar sus disposiciones; y iv) Me comprometo a informar de inmediato a Grupo Financiero Corporación BI, cuando exista cambio en la información consignada en este formulario.

CERTIFICACIÓN EMITIDA POR:

De ser posible adjunte copia del nombramiento que le faculta para certificar la información proporcionada

Tipo de documento de identificación		**Número de documento de identificación**	
Tipo de Nombramiento		**Nombramiento Emitido por:**	
En caso haya seleccionado "otro" especifique:		**En caso haya seleccionado "otro" especifique:**	
Plazo de Vigencia del Nombramiento			

Firma: _____ Fecha: _____

USO EXCLUSIVO PARA EMPLEADOS DEL GRUPO FINANCIERO CORPORACIÓN BI

CIF del cliente jurídico: _____ # de producto de referencia _____

Nombre de Agencia / Área / Banca / Empresa de la Corporación BI. _____ # tel. o correo colaborador: _____

Nombre y Corp. del Colaborador responsable: _____ Firma Colaborador: _____

Versión: 2026