

1. INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Primer Titular de la Cuenta

Nombre Completo:		Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		No.
Estado Civil:	Profesión:		Oficio/Ocupación:	
Dirección Residencial:	Dirección de Trabajo:		Ciudad:	País:
E-mail:	Teléfono:	Celular:	Fax:	País:
Lugar y Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Apartado Postal:		
¿Actúa como intermediario o usufructuario de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Algún familiar desempeña o ha desempeñado un cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si respondió a alguna si, cual: _____				

Segundo Titular de la Cuenta

Nombre Completo:		Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		No.
Estado Civil:	Profesión:		Oficio/Ocupación:	
Dirección Residencial:	Dirección de Trabajo:		Ciudad:	País:
E-mail:	Teléfono:	Celular:	Fax:	País:
Lugar y Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Apartado Postal:		
¿Actúa como intermediario o usufructuario de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Algún familiar desempeña o ha desempeñado un cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si respondió a alguna si, cual: _____				

Tercer Titular de la Cuenta

Nombre Completo:		Tipo de Identificación C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/>		No.
Estado Civil:	Profesión:		Oficio/Ocupación:	
Dirección Residencial:	Dirección de Trabajo:		Ciudad:	País:
E-mail:	Teléfono:	Celular:	Fax:	País:
Lugar y Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		Apartado Postal:		
¿Actúa como intermediario o usufructuario de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Algún familiar desempeña o ha desempeñado un cargo público? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si respondió a alguna si, cual: _____				

2. TIPO DE PRODUCTO

Cuenta Corriente
 Cuenta de Ahorros
 Depósito a plazo fijo
 Otro: _____

Propósito de la Cuenta: _____

Condiciones de Uso: Firmas Conjuntas Firmas Individuales

3. SERVICIOS ADICIONALES

Tarjeta Débito
 Banca por Internet
 Casa de Valores
 Fideicomiso

Otro: _____

4. CORRESPONDENCIA

Exclusivamente en forma electrónica a través de los Servicios de Internet de www.bancodebogotainternacional.com. Si usted elige esta opción, no recibirá extractos correspondientes a Cuentas de Ahorros y/o Corrientes por correo físico.

Enviar correspondencia a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

Enviar correspondencia a la siguiente dirección: _____

Retener correspondencia: (véase el párrafo "Estados de Cuenta" del Convenio de Cuenta). Al colocar su(s) Cuenta(s) en "Retener Correspondencia", no recibirá(n) ninguna documentación, estados de cuenta, notificaciones, correspondencia, etc., (Correspondencia) pertinente a su(s) Cuenta(s) y transacciones con el Banco, a no ser que, y hasta que, Ud.(s) personalmente retire(n) dicha correspondencia. No obstante lo antes expuesto, el Banco se reserva el derecho a su sola discreción y cuando el Banco lo estime necesario, enviarle Correspondencia a Ud.(s) a la dirección postal designada en este Convenio.

5. DESIGNACIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA REALIZACIÓN DE TRANSFERENCIAS DE FONDOS

A. **Presencia Física del Cliente**

El cliente, o cualquier persona autorizada, deberá presentarse en persona a la oficina de Banco de Bogotá (Panamá), S.A. El cliente, o persona autorizada, deberá entregarle al funcionario del Banco la información o documentación que éste pudiese exigir, a fin de identificar cabalmente al Cliente o persona autorizada. En presencia de tal funcionario, el Cliente o persona autorizada llenará y firmará debidamente el modelo de Orden de pago de transferencia de Fondos que exige el Banco.

B. **Fax o E-mail Verificado por llamada telefónica**

La(s) transferencia(s) se instruirán al Banco vía fax o E-mail. El Banco verificará cada transferencia mediante comunicación telefónica, dirigida a uno de los teléfonos posteriormente designados, con una persona que se identifique como el Cliente o la persona autorizada. La(s) persona(s) designada(s) es(son) la(s) siguiente(s):

El/Los número(s) de teléfono designado(s) es(son) el(los) siguiente(s): _____

Seleccionando esta opción, cada Cliente o persona autorizada da su consentimiento irrevocable a la grabación de las llamadas telefónicas de confirmación.

C. **Internet**

El cliente, o sus usuarios autorizados, podrá(n) enviar transferencias vía Internet (www.bancodebogotainternacional.com), una vez haya realizado completamente el proceso de vinculación a este servicio. Las transferencias enviadas dentro del horario definido serán procesadas el mismo día. Las enviadas fuera de dicho horario serán procesadas al día siguiente. De cualquier forma, el Banco se reserva el derecho de procesar dichas transferencias de acuerdo con las políticas internas vigentes.

D. **MARQUE AQUÍ EN CASO DE QUE NO SE VAYAN A HACER TRANSFERENCIAS Y/O PAGOS DE FONDOS DESDE NINGUNA DE LAS CUENTAS**

6. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro que mis recursos tienen un origen lícito y provienen directamente del desarrollo de la actividad económica señalada en el presente formulario y, que mi ocupación económica se desarrolla dentro del marco legal y normativo vigente.

Autorizo al Banco para acelerar el cobro de cualquier obligación pendiente y para dar por terminado, unilateralmente, cualquier contrato, negocio o relación que tenga con el Banco en caso de inexactitud o incumplimiento de lo aquí indicado, o en cualquier cláusula de (los) contrato(s) suscrito(s) con la entidad o sus filiales.

7. DECLARACIONES DE CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN

Autorizo(amos) al Banco a expedir referencias crediticias y a recibir similar información de otras instituciones bancarias. Igualmente, autorizo(amos) al Banco a verificar la información remitida. El Banco a su propia discreción podrá dar por terminada la relación con el cliente, si la información aquí presente se encuentra alterada, es falsa o incumple con las exigencias legales.

Conste que quien(es) deposita(n) sabe(n) que el Banco no negociará Postal money orders, Cashiers checks, Cheques de viajero o cheques con doble endoso. Conste que quien(es) deposita(n) conoce(n) el reglamento de cuentas y acepta(n) regirse por él, y autorizan(n) al Banco para que reconozca, para el pago de fondos de esta cuenta, la(s) firma(s) registrada(s). Declaro(amos) que la información que he(mos) suministrado es correcta y por lo tanto, válida. Que he(mos) leído el reglamento de cuentas con los términos y las condiciones generales para el manejo de la cuenta y lo acepto(amos) irrevocablemente.

1. Firma _____

2. Firma _____

3. Firma _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO

Verificado por _____ Cargo _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Este formulario cumple con los requisitos del Decreto Ley No. 1 del 1 de julio de 1999, **sus modificaciones** y sus acuerdos reglamentarios.