

Fecha

Doctor

**OSCAR LEIVA VILLAMIZAR**

**Gerente**

**CÁMARA DE RIESGO CENTRAL DE CONTRAPARTE DE COLOMBIA S.A. - CRCC S.A.**

Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud de admisión como Miembro

El/La suscrito (a), \_\_\_\_\_ identificado (a) con la \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ expedida en la ciudad de \_\_\_\_\_, obrando en nombre y representación de \_\_\_\_\_, sociedad legalmente constituida, con domicilio en \_\_\_\_\_ con NIT. \_\_\_\_\_, en mi calidad de representante legal, atentamente solicito que la sociedad que represento sea admitida como Miembro de la Cámara de Riesgo Central de Contraparte de Colombia S.A. - CRCC S.A. en la modalidad de Miembro (Liquidador General, Liquidador Individual, No Liquidador) en el (los) segmento(s) de (Derivados Financieros, Renta Fija, Renta Variable, Swaps, Divisas).

Así mismo certifico que la sociedad cumple con todos los requisitos establecidos en el Reglamento de Funcionamiento de la Cámara de Riesgo Central de Contraparte de Colombia S.A. - CRCC S.A., y demás normas aplicables, para solicitar ser admitido a la misma en la calidad de Miembro (Liquidador General, Liquidador Individual, No Liquidador).

En cumplimiento de los requisitos de vinculación exigidos por la CRCC S.A., me permito allegar los documentos relacionados en la Lista de Verificación de Documentos, necesarios para el trámite de la presente solicitud.

Marque con una X la opción correspondiente:

**CREACIÓN**

**Miembro Liquidador General**

**Miembro Liquidador Individual**

**Miembro No Liquidador**

**MODIFICACIÓN**

**CÓDIGO DE MIEMBRO ASIGNADO POR LA CRCC**

De:  A:

**Segmento(s)**

<b>Derivados Financieros</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Renta Fija</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Renta Variable</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Swaps</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Divisas</b>	<input type="checkbox"/>

### 1. Datos Generales

Nombre Comercial		NIT	
Razón Social			
Fecha de Constitución			
Dirección Oficina Principal		Ciudad	
Teléfono Oficina Principal			
Website			
Tipo de Entidad			
Código Superintendencia Financiera			

### Datos Representante Legal quien autoriza

Nombre Completo		Cargo	
Tipo de Documento	No.	Teléfono dir. y Extensión	Cel.
E-mail institucional			

### Otros

Nombre Completo de la Entidad Auditora (Si Aplica)			
Nombre de la entidad de Revisoría Fiscal (Si Aplica)			
Nombre del Revisor Fiscal Principal		No. Documento	
Nombre del Revisor Fiscal Suplente		No. Documento	

### 2. Información Financiera. (último corte envío Superintendencia Financiera)

Patrimonio Técnico o Adecuado	
Gastos Operacionales Totales/Margen Financiero Bruto	
ROA	
ROE	
Relación de Solvencia	

### 3. Calificación

Agencia Calificadora	Concepto	Calificación

#### 4. Registro de Cuentas de Compensación y Liquidación.

##### CUENTA DE DEPÓSITO DECEVAL

Código de Entidad	
-------------------	--

Código de Depositante Directo	
-------------------------------	--

##### CUENTA BANCO REPUBLICA

Código Depositante Directo DCV	
Código Entidad en el CUD	

Código entidad	
No. Cuenta CUD	

##### AGENTE DE PAGOS

Nombre Entidad	
Código Entidad en el CUD	

NIT. Agente de Pagos	
No. Cuenta CUD	

##### AGENTE CUSTODIO

Nombre Entidad	
Código Depositante Directo DVL	
Código Depositante Directo DCV	

NIT Agente Custodio	
Código de Entidad	
Código de entidad	

#### 5. Información de Referencia.

Cargo	Nombres y Apellidos	Teléfono y Extensión	Celular	E-mail	Dirección Correspondencia
Gerente/Director Riesgos					
Gerente/Director Operaciones					
Gerente/Director Departamento Jurídico					
Gerente/Director Contabilidad					
Oficial de Cumplimiento					
Contralor Normativo					
Oficial de Cumplimiento					
Gerente/Director Tecnología					

#### Cuenta Banco Corresponsal (si aplica)

Nombre Entidad	
Dirección Entidad	
Número de Cuenta	
Código Swift	

NIT Banco Corresponsal	
Ciudad	
Número ABA	

Anexe el resumen de la hoja de vida del recurso humano asociado a las funciones de compensación y liquidación de operaciones<sup>1</sup>.

**Las actividades de Back Office están ubicadas en:**

La Oficina Principal registrada en el punto 1.

Otra ubicación

Dirección				
Ciudad		Teléfono		Extensión
Nombre del responsable.		Cargo		
Email del responsable.				

**En caso de que las actividades de Back Office estén subcontratadas:**

Nombre de la Entidad				
Dirección				
Ciudad		Teléfono		Extensión
Nombre del Administrador		Cargo		
Email del Administrador		Teléfono		Extensión

**IMPORTANTE:**

- Por políticas de Seguridad de la Información, el presente formato debe ser firmado dentro del documento con firma certificada por parte del representante legal del Miembro (que esté registrado en el certificado de existencia y representación legal de la Superintendencia Financiera de Colombia). No se aceptarán formatos con firma física o imagen de la misma.
- Se debe adjuntar certificado de existencia y representación legal de la Superintendencia Financiera de Colombia, no mayor a 30 días.

Nota: La autorización suministrada en el presente formato faculta a la CRCC para que dé a sus datos aquí recopilados el tratamiento señalado en la "Política de Protección de Datos" de la CRCC, el cual incluye, entre otras, el envío de información promocional, así como la invitación a eventos. El titular de los datos podrá, en cualquier momento, solicitar que la información sea modificada, actualizada o retirada de las bases de datos de CRCC.

Para más información podrá consultar nuestra política en la página web: <http://www.camaraderiesgo.com/proteccion-de-datos-personales/>

**Firma Digital / Certificada de Representante Legal**

---

<sup>1</sup> Con la entrega de este formulario la entidad certifica que el personal relacionado en la sección 5 cuenta con la capacitación y los medios para administrar las operaciones frente a la CRCC.