

FORMULARIO CONOZCA SU CLIENTE – PERSONAS NATURALES

En cumplimiento a lo establecido en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, su Reglamento General, Codificación de Resoluciones Monetarias Financieras, de Valores y Seguros, Resolución NAC-DGERCGC19-00000045 del Servicio de Rentas Internas, Políticas Internas de Prevención de Lavado de Activos y la Ley Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), se requiere la entrega de la siguiente información (favor completar todos los campos obligatoriamente).

1. INFORMACIÓN GENERAL					
Apellidos completos		Nombres completos		No. Identificación (C.I. / RUC / Pasaporte)	
Lugar y Fecha de nacimiento (aa/mm/dd)		Nacionalidad	Sexo		Estado civil
			Masculino (<input type="checkbox"/>) Femenino (<input type="checkbox"/>)		
DATOS DEL CÓNYUGE		Nombres y Apellidos completos		Número de identificación / Pasaporte	
DATOS DEL REP. LEGAL/APODERADO (si el cliente es menor de edad)		Nombres y Apellidos completos	Número de identificación / Pasaporte		Teléfono
Número y fecha de la escritura pública del poder respectivo (en caso de Apoderado):					
2. RESIDENCIA FISCAL					
Conforme a las regulaciones del Estándar Común de Reporte (CRS por sus siglas en ingles) en el marco de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico). Lo establecido en la Disposición General Primera de la Ley Orgánica para la Reactivación de la Economía, Fortalecimiento de la Dolarización y Modernización de la Gestión, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 150 de 29 de diciembre de 2017 y según lo señalado en la Resolución NAC-DGERCGC19-00000045 del Servicio de Rentas Internas publicada en el Suplemento del Registro Oficial Nro. 51 de 01 de octubre de 2019, se ha dispuesto la obligación de reportar información específica sobre la residencia fiscal de una cuenta. Con el objeto de dar cumplimiento con la normativa expuesta, se incluye en este documento la auto- certificación de su Residencia Fiscal a fin de que los datos aquí registrados, sean transmitidos al Servicio de Rentas Internas que a su vez podrá enviar esta información a las autoridades fiscales de otras jurisdicciones, en virtud de acuerdos intergubernamentales para intercambiar información de cuentas financieras.					
Dirección permanente de residencia (calle, número, piso, departamento, referencia de ubicación):					
País:	Ciudad:	Provincia:	Cantón:		
Parroquia:	E-mail:	Teléfono:	Código postal:		
¿Es una persona estadounidense para fines fiscales (paga impuestos en EEUU)?			Si marcó SÍ , indique su número de identificación de contribuyente en Estados Unidos:		
SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)					
¿Es residente de cualquier otro país distinto de Estados Unidos y Ecuador para fines fiscales (país donde paga impuestos)?: SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>) . Si la respuesta es positiva por favor llene la siguiente información:					
País de residencia fiscal	Número de identificación Fiscal (NIF)	Código postal	Ciudad /Provincia/Estado	Avenida/Calle/Número	Edificio/Oficina/Casa/Piso
3. ACTIVIDAD Y DATOS ECONÓMICOS (Si el cliente es menor de edad entregar datos del Representante Legal y/o Apoderado)					
Ocupación / Actividad Económica Principal:			Nombre de la empresa:		
Cargo que ocupa:	Años en el cargo:	Teléfono trabajo:	Dirección del trabajo:		
Actividad Económica Secundaria: SI (<input type="checkbox"/>) NO (<input type="checkbox"/>)		Tiempo que la ejerce:	Ingresos mensuales originados en la actividad secundaria: USD		
Total Activos	Total Pasivos	Patrimonio (activos menos pasivos)	Total Ingresos (mensuales)	Total Gastos (mensuales)	
DETALLE DE CUENTAS E INVERSIONES EN EL SISTEMA FINANCIERO					
Nombre de la Institución		Tipo de Cuenta		No. Cuenta	
Cliente:					

Representante Legal/Apoderado:			

DETALLE DE TRANSACCIONES Y/O PRODUCTOS FINANCIEROS EN DIVISAS INTERNACIONALES
 (si el cliente es menor de edad entregar datos del Rep. Legal / Apoderado)

Tipo de producto o servicio	Identificación del producto o servicio	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. REFERENCIAS PERSONALES / COMERCIALES

(Si el cliente es menor de edad entregar datos del Representante Legal y/o Apoderado)

PERSONALES			COMERCIALES		
Nombres Completos	Relación	Teléfono	Nombre/Razón Social	Relación	Teléfono

5. CONDICIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE

(Si el cliente es menor de edad entregar datos del Representante Legal y/o Apoderado)

 Declaro bajo juramento que: **SI () / NO ()** soy una Persona Expuesta Políticamente. Si la respuesta es **positiva** favor indicar lo siguiente: Cargo/Función/Nombre de la Institución/Tiempo de trabajo:

 Adicionalmente declaro que **SI () NO ()** mantengo vinculación: comercial (), contractual (), familiar dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad () con una Persona Expuesta Políticamente. Si su respuesta fue positiva en cualquier campo favor especificar lo siguiente:

Nombre de la persona: _____ Cargo: _____ Institución: _____

6. CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y completa.

- Autorizo a **FIDEVAL S.A.** a proporcionar, directa o indirectamente, la Información contenida en este documento y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de **FIDEVAL S.A.** para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer **FIDEVAL S.A.** y que es pertinente para mi calificación para cualquier beneficio reclamado con base en esta certificación.
- Acepto que la información contenida en este formulario y la información relacionada con mis cuentas en **FIDEVAL S.A.** (incluso la información sobre los saldos de cuentas y pagos recibidos) se notifique a las autoridades fiscales pertinentes, y que estas autoridades proporcionen esta información a cualquier otro país enumerado en la lista anterior como a un país en el cual soy residente para fines fiscales.
- Me comprometo a avisar inmediatamente a **FIDEVAL S.A.** sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a **FIDEVAL S.A.** un formulario actualizado y apropiado de Auto-Certificación de Residencia Fiscal en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio en las circunstancias.

7. DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS

Los fondos que ingresarán al producto contratado provienen de: (por favor adjuntar obligatoriamente documentos físicos, en valores iguales o superiores a USD 30.000):

 Remuneración Capital de trabajo Ahorros Actividad Mercantil Envío por familiares Otros (especifique) _____

CONOCEDOR (A) DE LAS PENAS DE PERJURIO DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA INDICADA ES CORRECTA Y VERDADERA, ENTIENDO QUE LA MISMA SERÁ LEÍDA/ REVISADA POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES, QUIENES LA PODRÁN CONSIDERAR PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE CONSIDEREN NECESARIOS. AUTORIZO EXPRESA E INDEFINIDAMENTE A LA COMPAÑÍA ADMINISTRADORA DE FONDOS Y FIDEICOMISOS FIDEVAL S.A., MIENTRAS SEA CLIENTE DE LA MISMA PARA QUE A TRAVÉS DE SU REPRESENTANTE LEGAL O FUNCIONARIOS AUTORIZADOS OBTENGA DE CUALQUIER FUENTE INFORMACIÓN LEGALMENTE AUTORIZADA, REALICEN EL ANÁLISIS Y VERIFICACIONES QUE CONSIDEREN PERTINENTES A TRAVÉS DE LOS MEDIOS NECESARIOS, E INFORMEN DE MANERA INMEDIATA Y DOCUMENTADA A LA AUTORIDAD COMPETENTE EN CASOS DE INVESTIGACIÓN O CUANDO SE DETECTARE INUSUALIDADES O TRANSACCIONES SOSPECHOSAS. GARANTIZO LA VERACIDAD DE LA INFORMACION PROPORCIONADA Y RENUNCIO A EJECUTAR CUALQUIER PRETENSIÓN TANTO EN EL ÁMBITO CIVIL COMO PENAL POR ESTOS HECHOS, ACOGIENDOME A LAS SANCIONES QUE POR INFORMACIÓN FALSA ESTABLEZCAN LAS LEYES ECUATORIANAS. FACULTO EXPRESAMENTE A LA COMPAÑÍA FIDEVAL S.A. ADMINISTRADORA DE FONDOS Y FIDEICOMISOS PARA TRANSFERIR O ENTREGAR DICHA INFORMACIÓN A AUTORIDADES COMPETENTES Y ORGANISMOS DE CONTROL, ASÍ COMO A OTRAS INSTITUCIONES O PERSONAS JURÍDICAS LEGALMENTE FACULTADAS PARA SOLICITAR DICHA INFORMACIÓN. IGUALMENTE CERTIFICO Y DECLARO QUE LOS VALORES ENTREGADOS SON LÍCITOS Y CONSECUENTEMENTE NO PROVIENEN DE NINGUNA ACTIVIDAD ILEGAL O ILÍCITA, NI LOS FONDOS SERÁN DESTINADOS A ACCIONES RELACIONADAS Y TIPIFICADAS EN LAS LEYES DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS VIGENTES. EN CONSTANCIA DE CONOCER Y ACEPTAR LO DECLARADO ANTERIORMENTE, FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO.

Firma

Ciudad y Fecha (aa/mm/dd)

Identificación

Nombre del firmante

Calidad en la que funge el firmante (si el formulario no es firmado por el cliente)

8. PARA USO EXCLUSIVO INTERNO

Nombre y cargo de quien recibe la información: _____ Fecha: _____

Firma del asesor: _____

Declaro que el compareciente suscribió el presente documento en mi presencia, por lo que he constatado y presenciado la firma por parte del titular/ representante.

9. VERIFICACIÓN DE DATOS

DETALLE	SI	NO	DETALLE	SI	NO
Identificación:			Direcciones:		
Teléfonos:			Actividad Económica:		
Referencias:			Firma:		
Fecha de ingreso de datos en el sistema:			Sistema RCSA:		

OBSERVACIONES:
