

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN BÁSICA DE CLIENTES  
PERSONAS NATURALES**

**INFORMACIÓN BÁSICA**

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Tipo ID: Céd. \_\_\_\_ Pasp. \_\_\_\_  
Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Apellidos: \_\_\_\_\_ Nº ID: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ ¿Su residencia Fiscal es Ecuador? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)  
País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: Soltero \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ U/Libre \_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_  
Tiene Separación de Bienes: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ N/A \_\_\_\_

**RESIDENCIA FISCAL**

¿Es una sociedad estadounidense para fines fiscales? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Si respondió SÍ, indique su número de identificación del contribuyente de Estados Unidos : \_\_\_\_\_  
La sociedad es residente de cualquier otro país distinto de Estados Unidos para fines fiscales? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
Si su respuesta es SI, detalle el país e indique el número de Identificación fiscal

País	No. Identificación	Dirección Residencia Fiscal
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**INFORMACIÓN DOMICILIO**

País: \_\_\_\_\_ Provincia/ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Calle/Avenida: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Transversal: \_\_\_\_\_  
Edificio/Piso / No. Dpto.: \_\_\_\_\_  
Barrio / Sector: \_\_\_\_\_  
Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL CONYUGE (Si aplica)**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Tipo ID: Céd. \_\_\_\_ Pasp. \_\_\_\_  
Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_ Nº ID: \_\_\_\_\_

**DATOS DE OCUPACIÓN / ACTIVIDAD ECONÓMICA**

Negocio Propio: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_ Privado \_\_\_\_\_  
Público \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

Nombre de la empresa / empleador donde trabaja: \_\_\_\_\_  
Descripción de la Actividad Económica: \_\_\_\_\_  
Posición / Cargo: \_\_\_\_\_ Tiempo de antigüedad: \_\_\_\_\_  
E-mail en la Empresa: \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DE LA EMPRESA**

País: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_  
Calle/Avenida: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Transversal: \_\_\_\_\_  
Teléfonos Empresa: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA**

**DETALLE DE INGRESOS Y GASTOS MENSUALES**

DESCRIPCION	INGRESOS

DESCRIPCION	GASTOS

Detalle de ingresos diferentes a la Actividad Económica (Si aplica):

---

---

**DETALLE DE ACTIVOS Y PASIVOS**

ACTIVOS	
DESCRIPCIÓN	VALOR
<b>Total Activos</b>	

PASIVOS	
DESCRIPCIÓN	VALOR
<b>Total Pasivos</b>	

**REFERENCIAS DEL CLIENTE**

**REFERENCIAS BANCARIAS**

INSTITUCIÓN FINANCIERA	TIPO DE PRODUCTO

**PERFIL OPERATIVO**

**Monto promedio de operaciones mensuales (\$):** \_\_\_\_\_

**Promedio de operaciones mensuales (#):** \_\_\_\_\_

Se refiere al número de operaciones y el monto mensual que espera el cliente realizar.

**PROPÓSITO DE LA RELACIÓN COMERCIAL**

Descripción del Producto / Servicio requerido \_\_\_\_\_

**ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION**

Formulario de Declaración de impuestos o último rol de pagos o último recibo de cobro de pensiones

Copias del documento de identificación y certificado de votación del Cliente

Copias del documento de identificación y certificado de votación del Cónyuge

Copia de los recibos de cualquiera de los servicios básicos

\* En caso de Apoderado, adicional adjuntar copia del poder y copia de cédula y certificado de votación

**DECLARACION DE LICITUD DE FONDOS**

**LOS FONDOS DE ESTA TRANSACCION PROVIENEN DE:** \_\_\_\_\_

---

**LOS FONDOS DE ESTA TRANSACCIÓN SERÁN DESTINADOS PARA:** \_\_\_\_\_

---

Las transacciones que realice con esta Institución tendrán fuente y origen lícito no provendrán de fondos obtenidos de forma ilegal o ilícita, ni tampoco serán destinados a ninguna actividad de ésta naturaleza o relacionada con la producción, consumo, comercialización de sustancias estupefacientes y sicotrópicas o cualquier otra actividad delictiva tipificada en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de y del Financiamiento de Delitos o en las leyes vigentes.

Eximo a esta Institución de toda responsabilidad inclusive frente a terceros, si esta declaratoria fuese falsa o errónea.

Renuncio expresamente a ejecutar cualquier acción o pretensión tanto en el ámbito civil, penal como de cualquier otra índole.

**AUTORIZACION:**

Bajo el conocimiento de lo expuesto en el Artículo 3, de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y el Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a Analytica Securities a realizar los análisis y verificaciones que considere adecuados sobre la información suministrada en el presente formulario, así como de la documentación de sustento entregada.

Autorizo a Analytica Securities C.A. Casa de Valores a proporcionar o divulgar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar para fines fiscales.

Me comprometo a avisar inmediatamente sobre cualquier cambio que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar un formulario actualizado en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio.

**DECLARACION DE PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA**

Usted, su conyuge, parientes (padres, hijos, primos, suegros, cuñados) o colaboradores cercanos desempeñan o han desempeñado funciones publicas de alto grado en los ultimos 4 años, como por ejemplo (Presidente, Ministro, Gobernador, Secretario Nacional, Director general, dignatarios elegidos por voto popular, etc) o que, sin ocupar cargo publico alguno tiene injerencia política o pública a nivel nacional o internancional.

NO: \_\_\_\_\_ SI: \_\_\_\_\_

Si su respuesta es SI Ingresar la información descrita a continuación:

No. Identificación	Nombre y Apellido	Institución	Cargo Político
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CLIENTE  
IDENTIFICACIÓN:

\_\_\_\_\_  
LUGAR

\_\_\_\_\_  
FECHA

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN**

ÁREA DE NEGOCIOS	AUTORIZACION CLIENTES PEP
Receptado y Verificado por: _____  Responsable del Área: _____  Fecha: _____	_____ Representante Legal  OBSERVACIONES _____ _____ _____

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN****UNIDAD DE CUMPLIMIENTO**

<b>Documentos Revisados:</b>		<b>Cumplido: Sí/No</b>	<b>Fecha:</b>
	Servicio Básico		
	Declaración de Impuestos, rol de pagos o pensiones		
	Cédula de identidad o pasaporte y papeleta de votación		
	Cédula de identidad o pasaporte y papeleta de votación cónyuge		
	Registro Unico de Contribuyentes		
	Apoderado, copia del poder y copia de cédula y certificado de votación		
	Verificación en listas		
	Se observaron conincidencias.		
	Documentos de autocertificación Residencia Fiscal si hubiere		
<b>Revisado por:</b>			
<b>Observaciones:</b>			
<b>CUMPLIMIENTO</b>			

**DETALLE DE EXCEPCIÓN (Solo en caso de que aplique)**

<b>Documentos Pendientes:</b>	
<b>Fecha máxima de Regularización:</b>	
<b>Autorización de Representante Legal:</b>	