



**ALBION CASA DE VALORES**

**FORMULARIO "Inicio de Relación Comercial"  
Personas Jurídicas**

Av. 9 de Octubre # 109 y Malecón, Edif. Santistevan 2do. Piso Ofic. 2  
PBX. (593) 04 2523-823 Fax: 04 2523-826  
Guayaquil - Ecuador

**MANUAL DE CONTROL INTERNO PARA LA  
PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, PARA  
LA PROTECCIÓN DEL CLIENTE**

**DPTO. RESPONSABLE: NEGOCIOS**

**FAVOR LLENAR EN LETRA IMPRENTA**

**Formulario 2013-01-002**

**1.- Datos de la Empresa / Institución:**

Razón Social		Nacionalidad	Tipo de Identificación RUC <input type="checkbox"/> ANALOGO <input type="checkbox"/>	Número de Identificación
Empresa, Compañía o Sociedad:	Sector Económico:	Actividad Económica:		Fecha de Constitución
Sociedad Anónima <input type="checkbox"/>	Privada Financiera <input type="checkbox"/>	Comercio <input type="checkbox"/>	Manufactura <input type="checkbox"/>	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
Compañía Limitada <input type="checkbox"/>	Privada No Financiera <input type="checkbox"/>	Servicios <input type="checkbox"/>	Agricultura <input type="checkbox"/>	Es cliente de ALBION CASA DE VALORES S. A. desde:
Comandita <input type="checkbox"/>	Públicas <input type="checkbox"/>	Industria <input type="checkbox"/>	Pesca <input type="checkbox"/>	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
Otras <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	Construcción <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	

**2.- Dirección de la Empresa:**

Calle o vía Principal	Número	Transversal	Parroquia
Provincia	Cantón	Teléfono, Extensión	Página web de la Empresa

**3.- Representante Legal de la Empresa:**

Apellidos	Nombres	Profesión	No. Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
Nacionalidad	Dirección Domiciliaria	Teléfono domicilio	Cargo Desempeña
Tiempo/Permanencia en la Empresa	Fecha de Vencimiento del Nombramiento	DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	

**4.- Referencia Bancaria y/o Comercial de la Empresa / Institución:**

Institución Financiera:	Tipo de Cuenta: Ahorros: <input type="checkbox"/> Corriente: <input type="checkbox"/>	No. de Cuenta:		
Casa Comercial	Dirección	Teléfono	Monto	Fecha Adquisición

**5.- Dirección donde le gustaría recibir su Estado de Cuenta, Notificaciones y Liquidaciones:**

Dirección física:

Dirección electrónica:

Especificar Nombre del Contacto:

**6.- En ausencia del contacto autorizado se notificará a:**

Apellidos y Nombres	Cargo	Teléfono	Dirección
---------------------	-------	----------	-----------

**7.- Apertura de Portafolio de Valores:**

Amparados en la Ley de Mercado de Valores y las disposiciones del Código de Comercio, autorizo a ALBION Casa de Valores S. A., para la apertura y manejo de un Portafolio de Valores Sí  No

**8.- Registro de Firmas Autorizadas:**

**Complete este espacio, sólo si solicita o tiene vigente un Contrato de Administración de Portafolio**

Apellidos y Nombres	Carqo	Nº Identificación	Firma Individual/Conjunta	Registro de Firmas
			<input type="text"/> <input type="text"/>	
			<input type="text"/> <input type="text"/>	
			<input type="text"/> <input type="text"/>	



ALBION CASA DE VALORES

FORMULARIO "Inicio de Relación Comercial"
Personas Jurídicas

Av. 9 de Octubre # 109 y Malecón, Edif. Santistevan 2do. Piso Ofic. 2
PBX. (593) 04 2523-823 Fax: 04 2523-826
Guayaquil - Ecuador

MANUAL DE CONTROL INTERNO PARA LA
PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS, PARA
LA PROTECCIÓN DEL CLIENTE

DPTO. RESPONSABLE: NEGOCIOS

FAVOR LLENAR EN LETRA IMPRENTA

Formulario 2013-01-002

9.- Nómina de Socios/Accionistas: (A partir del 25% de Participación)

En cumplimiento a la Resolución del Consejo Nacional de Valores CNV-004-2012; en caso de ser Personas Jurídicas, detallar hasta llegar a la Persona Natural que detente la propiedad.

Table with 6 columns: Apellidos y Nombres, N° Identificación, Nacionalidad, Domicilio, Número Acciones, Participación en %

10.- Política Conozca a su Cliente:

a) Por favor indique el origen de los fondos que piensa negociar a través de nuestra firma.

b) Algún Socio, Accionista o Representante Legal desempeña o ha desempeñado funciones en el Sector Público, en los últimos 4 años, dentro o fuera del país? Si [ ] No [ ]

c) Si en el literal anterior la respuesta es Positiva, Detalle los Apellidos y Nombres completos y cuál es o era la Remuneración Mensual Unificada percibida en el Sector Público:

Table with 4 columns: Apellidos y Nombres, Remuneración, Apellidos y Nombres, Remuneración

LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL CLIENTE A ALBION CASA DE VALORES S. A., SERAN MANEJADOS CON ESTRICTA RESERVA BASADOS EN EL ARTÍCULO 226 DE LA LEY DE MERCADO DE VALORES REFERENTE AL SIGILO BURSÁTIL.

AUTORIZACION

Concedor (a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a ALBION CASA DE VALORES S. A., realizar el análisis y verificaciones que considere necesarios; así como a las Autoridades Competentes en caso de llegar a determinar la existencia de Operaciones y/o Transacciones Inusuales o Injustificadas; en virtud de lo autorizado, renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de ALBION Casa de Valores S.A. o sus funcionarios.

En nombre de mi representada, declaro que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta, eximo a ALBION Casa de Valores S. A., de toda responsabilidad, inclusive respecto a terceros, si esta declaración fuese falsa o errónea.

En caso de que la información declarada pueda variar en el futuro, me comprometo a mantener informado y actualizado a ALBION Casa de Valores S. A.

Firma del Representante Legal

EL FUNCIONARIO RESPONSABLE DEBERÁ INFORMAR AL CLIENTE QUE ESTE FORMULARIO ESTA BASADO EN LA POLITICA "CONOZCA A SU CLIENTE", RECOMENDADA EN LA "LEY DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS".

Para uso interno de ALBION Casa de Valores S. A.

Table with 4 columns: Apellidos y Nombre del Funcionario, Área / Departamento, Fecha de Ingreso o Actualización, Revisión SRI, Revisión Listas

Firma del Funcionario Responsable