



FORMULARIO "Inicio de Relación Comercial" Personas Naturales

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 2013-01-003

1.- Datos del Cliente:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Género F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	Lugar de Nacimiento: (Provincia, Cantón)	Nacionalidad	No. Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
Correo Electrónico:	Profesión u Ocupación	Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>	Nivel de Instrucción Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
En caso de vivir en el extranjero, indicar el país de residencia		Es cliente de ALBION CASA DE VALORES S. A. desde: DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	

2.- Dirección Domiciliaria:

Calle o vía Principal	Número	Transversal	Barrio o Sector
Provincia	Cantón	Parroquia	Teléfono domicilio
			Teléf. Celular
			Teléf. de algún familiar

3.- Situación Laboral:

Empleado Público: <input type="checkbox"/>	Dependiente: <input type="checkbox"/>	Independiente: <input type="checkbox"/>	Negocio Propio: <input type="checkbox"/>	No trabaja: <input type="checkbox"/>	Jubilado: <input type="checkbox"/>
Nombre de Institución, Empresa o Negocio	Fecha desde cuando labora en la Empresa DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	Cargo que desempeña	Actividad Económica		
Dirección de Institución, Empresa o Negocio	Cantón	Provincia	Teléfono	Correo electrónico en la Empresa	

4.- Datos del Cónyuge o conviviente:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Nacionalidad
Profesión u Ocupación	Nivel de Instrucción Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	Fecha Nacimiento DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	No. Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>

5.- Referencia Bancaria y/o Comercial:

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

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

Dirección física:
Dirección electrónica:
Especificar Nombre del Contacto:

7.- En su ausencia se notificará a:

Apellidos y Nombres	Parentesco	Dirección	Teléfono
---------------------	------------	-----------	----------



ALBION CASA DE VALORES

FORMULARIO "Inicio de Relación Comercial"
Personas Naturales

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 2013-01-003

8.- 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.

Si [] No []

9.- Registrar las Firmas Autorizadas:

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

Table with 5 columns: Apellidos y Nombres, Parentesco, N° Identificación, Firma Individual/Conjunta, Registro de Firmas. Includes signature boxes.

10.- Política Conozca a su Cliente:

a) Origen de Fondos
Por favor indique el origen de los fondos o documentos que Usted va a negociar a través de nuestra firma.
b) Indique sus ingresos mensuales:
US\$

c) Situación Económica
Activos: US\$ Pasivos: US\$ Capital: US\$

d) ¿Usted, su cónyuge o conviviente, han desempeñado funciones públicas, en los últimos 4 años, dentro o fuera del país? Si [] No []
e) Indique cuál es o era la Remuneración Mensual Unificada en el sector público: US\$

f) Si sus familiares (Padres, Hijos, hermanos, tíos, sobrinos, primos, Suegros, Cuñados); han desempeñado funciones públicas, en los últimos 4 años, dentro o fuera del país, por favor detalle:

Table with 6 columns: Apellidos y Nombres, Parentesco, Remuneración Mensual, Apellidos y Nombres, Parentesco, Remuneración Mensual.

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

Conocedor (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.

Declaro expresamente 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 Cliente

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

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

Firma del Funcionario Responsable