

1. INFORMACIÓN DE PERSONA JURÍDICA												
Nombre Empresa o Negocio				RUC	País de constitución							
Principal Actividad Comercial			Objeto Social									
Persona de Contacto		Correo electrónico										
Estado de la Compañía												
Activa	<input type="checkbox"/>	Inactiva	<input type="checkbox"/>	Cancelación de inscripción	<input type="checkbox"/>	En proceso de liquidación	<input type="checkbox"/>	Disuelta	<input type="checkbox"/>			
Dirección de la Empresa												
Ciudad	Sector	Dirección (Calle principal, número, transversal, referencia, ciudadela, edificio)			Teléfono	Correo electrónico						
Usted, ¿lleva contabilidad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de Régimen:												
Nombre del Representante Legal			C.I./Pasaporte:	Cargo	Sexo							
					Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>							
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	País	Nacionalidad	Provincia	Profesión							
Estado Civil												
Soltero (a)	<input type="checkbox"/>	Casado (a)	<input type="checkbox"/>	Separación de bienes	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Divorciado (a)	<input type="checkbox"/>	Viudo (a)	<input type="checkbox"/>	Unión de hecho	<input type="checkbox"/>	Otro
Dirección domiciliaria del representante legal:												
Ciudad	Sector	Dirección (Calle principal, número, transversal, referencia, ciudadela, edificio)			Teléfono	Correo electrónico						

2. DATOS DEL (LA) CÓNYUGE						
Nombres Completos	N° Identificación	Nacionalidad	País de residencia	Teléfono	Profesión	
Dirección domiciliaria			Actividad Económica / Empresa donde labora			

3. INFORMACIÓN FINANCIERA						
a. CUENTAS						
Institución Financiera	Nombre de la cuenta		N° Cuenta	Tipo de cuenta		
				Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>		
				Corriente <input type="checkbox"/> Ahorros <input type="checkbox"/>		
b. SITUACIÓN FINANCIERA						
Activos	Pasivos	Patrimonio	Ingresos	Gastos		

4. REFERENCIAS COMERCIALES		
Nombres o Razón Social	Persona de contacto	Teléfono
5. REFERENCIAS PROVEEDORES		
Nombres o Razón Social	Persona de contacto	Teléfono

6. PERFIL TRANSACCIONAL	
Monto Promedio (Anual) _____	N° Operaciones (Anual) _____

7. POLITICAS DE PREVENCION DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS			SI	NO
Pregunta				
¿Su entidad es un sujeto obligado a reportar catalogado por la Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su entidad tiene designado un Oficial de Cumplimiento o funcionario que lidere el programa de prevención de riesgo de lavado de activos y financiamiento de delitos como el terrorismo? En caso de ser afirmativo, proveer la siguiente información			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombres Completos	N° de identificación	Resolución Calificación Organismo de Control		
¿Su entidad tiene un programa de prevención del riesgo de lavado de activos y financiamiento de delitos, como el de terrorismo de acuerdo con la normativa vigente, debidamente documentado y actualizado, con políticas, procesos y procedimientos internos de obligatorio cumplimiento por todos los empleados? En caso de que su respuesta sea afirmativa, señale el órgano o instancia que lo aprobó y fecha:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Órgano que lo aprobó		Fecha de actualización		
¿Su entidad tiene un Comité de Cumplimiento debidamente conformado?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su entidad ha sido revisada por empresas de Auditoría Externa, en temas de prevención de riesgo de lavado de activos y financiamiento de delitos, como el terrorismo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. DECLARACIÓN SOBRE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE
<p>Declaro bajo juramento que: SI () NO () me encuentro ejerciendo cargo público</p> <p>Si la respuesta es positiva por favor indicar lo siguiente: Cargo/Función/Nombre de la Institución/ Tiempo de servicio</p> <p>_____</p> <p>Adicionalmente declaro que SI () NO () mantengo relación comercial (), contractual (), laboral (), familiar (), dentro del segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad (), o me encuentro asociado de cualquier otra forma (), con una persona que ejerce cargo público (favor detallar nombre de la persona jurídica o natural/cargo)</p> <p>_____</p> <p>Además, asumo el compromiso de informar cualquier cambio relacionado con la información indicada en el presente documento en un máximo de treinta (30 días).</p>

9. FONDOS PROVENIENTES DE TERCEROS					
Nombres Completos	Identificación	Nacionalidad	País de residencia	Teléfono	Profesión
Dirección domiciliaria			Actividad Económica / Empresa donde labora		

10. DECLARACIÓN DE FONDOS		
Los fondos de esta transacción provienen de:		
<input type="checkbox"/> Cancelación de inversiones	<input type="checkbox"/> Ahorros provenientes del exterior	<input type="checkbox"/> Recursos de terceros (especifique)
<input type="checkbox"/> Ahorros locales por giro del negocio	<input type="checkbox"/> Venta de activos	<input type="checkbox"/> Otros (especifique)
Los fondos de esta transacción serán utilizados para:		
<input type="checkbox"/> Inversiones financieras	<input type="checkbox"/> Compra de activos	<input type="checkbox"/> Cancelación de pasivos
<input type="checkbox"/> Capital de trabajo	<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	

11. DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS		
<p>El firmante a quien en adelante se le denominara EL CLIENTE, declara expresamente que todas las operaciones que encarga a PLUSFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS Y FIDEICOMISOS SOCIEDAD ANÓNIMA y a quien se le denominara simplemente PLUSFONDOS, tienen un origen y destino lícito, y que los fondos que entrega no provienen de actividades ilícitas o vinculadas con el cultivo, almacenamiento, transporte, producción o tráfico de estupefacientes o de cualquier otra actividad calificada como ilícita por nuestras leyes y en particular por la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos eximiendo a PLUSFONDOS de la comprobación de esta declaración, sin perjuicio de lo cual EL CLIENTE autoriza a PLUSFONDOS para que efectúe todas las indagaciones que razonablemente considere oportuno realizar para comprobar el origen de tales bienes. En caso de que se inicien investigaciones sobre EL CLIENTE, relacionados con las actividades antes señaladas, o de producirse transacciones inusuales o injustificadas, PLUSFONDOS podrá proporcionar a las autoridades competentes toda la información que tenga sobre las mismas o que le sea requerida. en tal sentido, EL CLIENTE renuncia a presentar en contra de PLUSFONDOS o de sus funcionarios o empleados, cualquier reclamo o acción legal, judicial, extrajudicial, administrativa, penal, civil o arbitral en la eventualidad de producirse hechos. Adicionalmente EL CLIENTE autoriza a PLUSFONDOS para que obtenga de cualquier fuente de información incluida la Central de Riesgos o Burós de Información Crediticia, sus referencias personales, sobre su comportamiento crediticio, manejo de sus cuentas corrientes, de ahorro, tarjetas de crédito, etc., y en general al cumplimiento de sus obligaciones y demás activos, pasivos y datos personales. De igual forma PLUSFONDOS queda expresamente autorizada para que pueda autorizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, órganos de control, Burós de Información Crediticia y otras instituciones o personas jurídicas legales o reglamentariamente facultadas.</p>		
_____	_____	_____
Ciudad y fecha	Firma del cliente	Administradora de Fondos

DOCUMENTOS REQUERIDOS	
Formulario Accionistas debidamente firmado.	<input type="checkbox"/>
Certificado de cumplimiento de obligaciones emitido por el ente regulador.	<input type="checkbox"/>
Copia del nombramiento de los representantes legales.	<input type="checkbox"/>
Copia de cedula vigente, de los representantes legales y/o apoderados, así como de las firmas autorizadas.	<input type="checkbox"/>
Copia del poder de la persona que comparecerá en representación de la compañía, en lugar del representante legal debidamente legalizado, con vigencia de al menos un año, en caso de que el poder tenga más de un año, debe anexarse el certificado de razón de no revocatoria de dicho poder, emitido por el notario dentro de los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/>
Copia de los informes de auditoría externa, mínimo del año anterior, cuando los activos de la empresa sean iguales o superiores a \$500,000, caso contrario Estados Financieros internos del mes anterior.	<input type="checkbox"/>
Escritura de constitución y sus estatutos.	<input type="checkbox"/>
Planilla de servicios básicos.	<input type="checkbox"/>
Certificado bancario.	<input type="checkbox"/>
Declaración del Impuesto a la Renta.	<input type="checkbox"/>
Certificado bancario.	<input type="checkbox"/>

12. PARA USO EXCLUSIVO INTERNO			
Nombre de quien recibe la información:		Cargo:	Fecha:
VERIFICACIÓN DE DATOS:	Identificación: <input type="checkbox"/>	Direcciones: <input type="checkbox"/>	Fecha revisión:
	Teléfono: <input type="checkbox"/>	Firmas: <input type="checkbox"/>	Nombre:
	Referencias: <input type="checkbox"/>	Actividad económica: <input type="checkbox"/>	Firma Oficial de Cumplimiento:
	Listas: <input type="checkbox"/>	Documentos escaneados: <input type="checkbox"/>	
	Ingreso <input type="checkbox"/>	Actualización <input type="checkbox"/>	
OBSERVACIONES:			

1. INFORMACIÓN GENERAL					
Razón social:			Tipo ID:	RUC <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
			Número ID:		
Fecha de constitución	País de constitución	Tipo de empresa			
		Sociedad anónima <input type="checkbox"/>	Cía. Limitada <input type="checkbox"/>	Sociedad de hecho <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>
		Otras <input type="checkbox"/>		Especifique _____	
2. RESIDENCIA FISCAL					
¿En qué país tiene la empresa su residencia fiscal?			Dirección de residencia fiscal		
Ecuador <input type="checkbox"/>	Estados Unidos <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>			
(Especifique)					
3. DECLARACIÓN DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN					
<p>El firmante a quien en adelante se le denominara EL CLIENTE, declara y certifica expresamente que la información proporcionada en este Formulario es correcta, completa y veraz, por lo que, exime a PLUSFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS Y FIDEICOMISOS S.A. de responsabilidad si esta declaración fuese falsa o equivocada.</p> <p>EL CLIENTE autoriza a PLUSFONDOS para que efectúe todas las indagaciones que razonablemente considere oportuno realizar para comprobar la información recibida, así mismo autoriza a PLUSFONDOS a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de PLUSFONDOS para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer y que es pertinente para la calificación para cualquier beneficio reclamado con base en esta certificación.</p> <p>El CLIENTE se compromete a dar a conocer inmediatamente a PLUSFONDOS acerca de los cambios que se presenten respecto a modificaciones relacionadas con su residencia fiscal, por medio de un nuevo <i>FORMULARIO AUTOCERTIFICACIÓN DE RESIDENCIA FISCAL - PERSONA JURÍDICA</i>.</p>					
_____			_____		
Ciudad y fecha			Firma del cliente		