



Av. 9 de Octubre # 100 y Malecón, Edif. Previsora, Ofic. 2107  
PBX. (593) 04 2523-823 www.albioncasadevalores.com  
Guayaquil - Ecuador

## AUTO-CERTIFICACION DE RESIDENCIA FISCAL Para Personas que Ejercen el Control

**FORMULARIO ACV-01-006**

**FAVOR LLENAR EN LETRA IMPRENTA Y EN MAYUSCULAS. NO SE ACEPTARA TACHONES NI ENMENDADURAS.**

### I. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE EJERCE EL CONTROL

Primer Apellido/Surname	Segundo Apellido/First Name	Nombres/Middle Name	Nacionalidad/Nationality
País de Nacimiento / Country of birth	Fecha de Nacimiento / Date of Birth DÍA:      MES:      AÑO:	CI/DNI/DUI <input type="checkbox"/> Pasaporte/Passport <input type="checkbox"/>	Otra nacionalidad,detalle:/ Other nationality, detail:
Dirección Permanente de Residencia / Permanent Residence Address Avenida o Calle / Avenue or Street      Número / Number      Intersección/Intersection		Edificio / Bulding	Piso / floor
Ciudad/City	Provincia	País/Country	Código Postal/ZIP-Code

### II. RESIDENCIA FISCAL DE LA PERSONA QUE EJERCE EL CONTROL

1) ¿Es una persona estadounidense para fines fiscales? SI       NO   
 ¿Are you an American person for tax purposes?

Si su presueta es positiva, indique su número de identificación como Contribuyente de Estados Unidos: If  
 your budget is positive, indicate your identification number as United States taxpayer:

2) ¿Es residente de cualquier otro país distinto de Estados Unidos para fines fiscales? SI       NO   
 ¿Are you a resident of any country other than the United States for tax purposes?

Si su respuesta es positiva, detalle los países y proporcione el número de identificación como Contribuyente para cada país: / If your answer is positive, detail the countries and provide the identification number as Taxpayer for each country:

Número de Identificación Fiscal: RUC / TIN / RUT / NIT / RFC / CIF / NIF	País/Country	Ciudad/City	Domicilio Fiscal (Avenida o Calle / Avenue or Street, Número / Number, Intersección/Intersection, Edificio/Bulding, Piso/floor)

### III. TIPO DE PERSONA QUE EJERCE EL CONTROL

Datos de las Sociedades de las cuales ejerce el control. / Data of the Companies over which it exercises control.

Denominación o Razón Social / Business Name	Número de Identificación Fiscal: RUC / TIN / RUT / NIT / RFC / CIF / NIF	Estatus de la Persona que Ejerce el Control (*)
1		
2		
3		
4		

**Estatus de la Persona que Ejerce el Control (\*)**  
**CRS601** - Persona que ejerce el control de la Persona Jurídica - Cargo Directivo      **CRS602** - Persona que ejerce el control de la Persona Jurídica - Propiedad  
**CRS603** - Persona que ejerce el control de la Persona Jurídica - Representante Legal.

### CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO

- Autorizo a ALBION Casa de Valores S. A. a proporcionar, 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 de ALBION Casa de Valores S. A. 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 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 (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 ALBION Casa de Valores S. A. sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar 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.
- Declaro que soy la Persona que ejerce el control sobre la empresa a la que se refiere este formulario o que estoy autorizado para firmar en nombre de la persona que ejerce el control ( en este caso se deberá adjuntar un poder notarial)
- Por este medio certifico que la información proporcionada en este Formulario es correcta, completa y veráz; por lo que, eximo a ALBION Casa de Valores S. A., de responsabilidad si esta declaración fuese falsa o equivocada.

**Firma de Responsabilidad** \_\_\_\_\_

**Ciudad y Fecha (DD/MM/AAAA)** \_\_\_\_\_