

Conforme a las regulaciones del Estándar Común de Reporte (CRS por sus siglas en inglés) en el marco de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), lo establecido en la Disposición General Primera de la Ley Orgánica para la Reactivación de la Economía, Fortalecimiento de la Dolarización y Modernización de la Gestión, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 150 de 29 de diciembre de 2017 y según lo señalado en las Resoluciones y Circulares vigentes y aplicables emitidas por el Servicio de Rentas Internas, se ha dispuesto la obligación de reportar información específica sobre la residencia fiscal de una cuenta.

Con el objeto de dar cumplimiento con la normativa expuesta, se ha implementado el presente formulario de autocertificación a fin de que los datos registrados en el mismo, sean transmitidos al Servicio de Rentas Internas que a su vez podrá enviar esta información a las autoridades fiscales de otras jurisdicciones en virtud de acuerdos intergubernamentales para intercambiar información de cuentas financieras.

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO

¿Quién debe llenar este formulario?

El representante que posea una o más cuentas a nombre de una sociedad. En caso de poseer cuentas conjuntas o a nombre de varias sociedades debe firmar el presente Formulario de Auto-certificación, por cada sociedad.

No llene este formulario si usted es una persona natural, en su lugar, debe presente un Formulario de Auto-certificación de Residencia Fiscal para PERSONAS NATURALES.

Si el titular de la cuenta es una entidad **no financiera pasiva** o **una entidad de inversión ubicada en una jurisdicción no participante y administrada por otra institución financiera**, complete el Anexo de Auto-certificación de Residencia Fiscal Para Personas que Ejercen el Control.

Tenga en cuenta que este formulario de auto-certificación es solo a efectos del CRS. El hecho de completarlo no sustituye realizar cualquier Formulario W-9, W-8 o de auto-certificación del IRS que pueda requerirse de otra manera para la ley FATCA u otros propósitos fiscales estadounidenses.

Puede encontrar más información, incluida una lista de jurisdicciones que han firmado acuerdo para intercambiar información automáticamente junto con los detalles de la información solicitada en el portal de la OCDE en la sección "Automatic Exchange of Information": <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/>.

Definiciones a considerar disponibles en <https://www.bolivariano.com/informacion-institucional/programa-de-prevencion-de-lavado-de-activos>

A. IDENTIFICACIÓN DEL CUENTAHABIENTE

Razón Social de la Entidad:

País de Constitución:

Identificación Tributaria:

Domicilio Legal (Calle, número, piso, departamento, referencia de ubicación)

Ciudad:

Provincia:

Código Postal:

País:

B. TIPO DE ENTIDAD

Indique la clasificación de la Entidad marcando solo una de las siguientes opciones:

1. Una entidad de inversión ubicada en una jurisdicción no participante y administrada por otra institución financiera.

☐

Si marca esta opción indique el nombre(s) de la persona que ejerce el control sobre la sociedad titular de la cuenta y por cada una de estas personas complete anexo de autocertificación de persona que ejerce control.

2. Otra entidad de inversión.

☐

3. Institución de depósito, Institución de custodia o compañía de seguros.

☐

4. Entidad cuyas acciones se comercializan regularmente en un mercado de valores establecido.

☐

Si marca esta opción indique el nombre de un mercado de valores establecido en el cual se comercializan regularmente sus acciones:

5. Entidad Gubernamental o Banco Central.

☐

6. Organismo Internacional.

☐

7. Entidad No Financiera Activa distinta a opciones 4 – 6.

☐

8. Entidad No Financiera Pasiva.

☐

Si marca esta opción indique el nombre(s) de la persona que ejerce el control sobre la sociedad titular de la cuenta y por cada una de estas personas complete anexo de autocertificación de persona que ejerce control.

Favor indique el/los nombre/s de la/s Persona/s que ejerce el control si marcó las opciones 1 o 8

1

2

3

4

Por cada una de estas personas complete anexo de autocertificación de persona que ejerce control.

C RESIDENCIA FISCAL DE CUENTAHABIENTE

¿La sociedad es residente fiscal para efectos tributarios en Estados Unidos?

☐ SÍ

☐ NO

Si respondió Sí:

Indique su número de identificación de contribuyente de Estados Unidos: _____

¿La Sociedad es residente fiscal para efectos tributarios en otra jurisdicción diferente a Ecuador y Estados Unidos?

☐ SÍ

☐ NO

Si respondió Sí:

Indique los países donde el titular de la cuenta es residente fiscal para los efectos de su impuesto tributario y el número de identificación como contribuyente (NIF / TIN o Equivalente) relacionado.

Si no se encuentra disponible un número de identificación como contribuyente (NIF / TIN o Equivalente) indique el motivo:

* Motivo A: El país donde el titular de la cuenta está sujeto a impuestos tributarios como residente no emite NIF / TIN o Equivalente

* Motivo B: El Titular de la cuenta está imposibilitado de obtener un NIF / TIN o Equivalente

País de Residencia Fiscal	Identificación de Contribuyente (NIF / TIN o Equivalente)	En Caso de No Revelar NIF/TIN o Equivalente. Indique Motivo A o B
1		
2		
3		
Por favor explique los motivos por los que no se puede obtener identificación del contribuyente (*Motivo B)		
1		
2		
3		
Por favor indique la dirección correspondiente a la residencia fiscal (calle, número, piso, departamento, ciudad, provincia, código postal y país)		
1		
2		
3		

D CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y completa.

*Autorizo a Banco Bolivariano C.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 Banco Bolivariano C.A. para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer Banco Bolivariano C.A. 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 en Banco Bolivariano C.A. (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 Banco Bolivariano C.A. sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a Banco Bolivariano C.A. 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.

Firma

Nombre: _____

Identificación: _____

Calidad en la que funge el firmante

Fecha (AAAA/MM/DD): _____

REV0821

Página 2 de 2

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES ANTES DE LLENAR EL FORMULARIO
¿Quién debe llenar este anexo?

El titular de la cuenta que sea una Entidad No Financiera Pasiva o una Entidad de Inversión ubicada en una jurisdicción no participante y administrada por otra institución financiera.

No llene este anexo si representa a una sociedad distinta a una Entidad No Financiera Pasiva o una Entidad de Inversión ubicada en una jurisdicción no participante y administrada por otra institución financiera, en su lugar, debe presentar únicamente el formulario de Auto-certificación de Residencia Fiscal para PERSONAS JURIDICAS.

Si requiere informar sobre sus cuentas personales, llene y envíe un formulario de Auto-certificación de Residencia Fiscal para PERSONAS NATURALES.

Use un anexo separado para cada persona que ejerce el control.

Puede encontrar más información, incluida una lista de jurisdicciones que han firmado acuerdo a para intercambiar información con los detalles de la información solicitada en el portal de la OECD en la sección "Automatic Exchange of Information": <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/>.

Definiciones a considerar disponibles en <https://www.bolivariano.com/informacion-institucional/programa-de-prevencion-de-lavado-de-activos>

A. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE EJERCE EL CONTROL

Nombres		Apellidos		Cédula / Pasaporte
Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	Ciudad de Nacimiento	País de Nacimiento		
Dirección Permanente de Residencia (Calle, número, piso, departamento, referencia de ubicación)				
Ciudad	Provincia	Código Postal	País	

B. RESIDENCIA FISCAL DE LA PERSONA QUE EJERCE EL CONTROL

¿La sociedad es residente fiscal para efectos tributarios en Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió Sí:

Indique su número de identificación de contribuyente de Estados Unidos: _____

¿Es residente fiscal para efectos tributarios en otra jurisdicción diferente a Ecuador y Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió Sí:

Indique los países donde el titular de la cuenta es residente fiscal para los efectos de su impuesto tributario y el número de identificación como contribuyente (NIF / TIN o Equivalente) relacionado.

Si no se encuentra disponible un número de identificación como contribuyente (NIF / TIN o Equivalente) indique el motivo:

* **Motivo A:** El país donde el titular de la cuenta está sujeto a impuestos tributarios como residente no emite NIF / TIN o Equivalente.

* **Motivo B:** El Titular de la cuenta está imposibilitado de obtener un NIF / TIN o Equivalente.

País de Residencia Fiscal	Identificación de Contribuyente (NIF / TIN o Equivalente)	En Caso de No Revelar NIF/TIN o Evquivalente. Indique Motivo A o B
1		
2		
3		
4		
Por favor explique los motivos por los que no se puede obtener identificación del contribuyente (*Motivo B)		
1		
2		
3		
4		

Por favor indique la dirección correspondiente a la residencia fiscal (calle, número, piso, departamento, ciudad, provincia, código postal y país)

1

2

3

4

C TIPO DE PERSONA QUE EJERCE EL CONTROL

Indique el status de la persona que ejerce el control:

- ☐ Persona que ejerce el control de la persona jurídica – control por propiedad
- ☐ Persona que ejerce el control de la persona jurídica – control por otros medios
- ☐ Persona que ejerce el control de la persona jurídica - cargos directivos
- ☐ Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fideicomitente
- ☐ Persona que ejerce el control de un fideicomiso – fiduciario
- ☐ Persona que ejerce el control de un fideicomiso – protector
- ☐ Persona que ejerce el control de un fideicomiso – beneficiario
- ☐ Persona que ejerce el control de un fideicomiso – otro

D CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y completa.

* Autorizo a Banco Bolivariano C.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 Banco Bolivariano C.A. para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer Banco Bolivariano C.A. 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 en Banco Bolivariano C.A. (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 Banco Bolivariano C.A. sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a Banco Bolivariano C.A. 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.

Firma

Nombre: _____

Identificación: _____

Fecha (AAAA/MM/DD): _____

Calidad en la que funge el firmante:
