


FORMULARIO PARA INICIO DE RELACIONES SIMPLIFICADO
-Persona Individual-

1. LUGAR:	2. FECHA:
-----------	-----------

3. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA	
3.1 Razón Social y Nombre Comercial:	
3.2 Nombre de la central, sucursal o agencia donde se solicita el producto o servicio:	

4. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE				
4.1 Primer apellido:		Segundo apellido:		Apellido de casada:
Primer nombre:		Segundo nombre:		
4.2 Doc. de identificación:	4.2.1 Número:	4.2.2 Lugar de emisión:		
Cédula <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/>		Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>		
4.3 Fecha de nacimiento:	4.4 Género	4.5 Ocupación u oficio	4.6 Estado Civil:	4.7 Teléfono:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
4.8 Dirección particular completa (calle o avenida, casa No., colonia, sector, lote, manzana):			4.8.1 Departamento	4.8.2 Municipio
				4.8.3 Zona
4.9 El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP):			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4.10 El solicitante actúa en nombre propio ^{*/} :			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

5. INFORMACIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA DEL SOLICITANTE			
5.1 Actividad económica del solicitante:			
Relación de dependencia <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="text"/>			
5.2 Nombre de la empresa o entidad donde labora o de su negocio:			
5.3 Dirección completa empresa, entidad o negocio (calle o avenida, casa No., colonia, sector, lote, manzana):		5.3.1 Departamento	5.3.2 Municipio
			5.3.3 Zona
5.4 Ingresos mensuales aproximados:		5.5 Egresos mensuales aproximados:	

6. DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO SOLICITADO					
6.1 Producto o servicio y monto mensual aproximado a utilizar:					
Depósitos en efectivo	Q. <input type="text"/>	Transferencias electrónicas	Q. <input type="text"/>	Cambio de divisas	Q. <input type="text"/>
Depósitos monetarios	Q. <input type="text"/>	Remesas	Q. <input type="text"/>	Seguros	Q. <input type="text"/>
Depósitos ahorro	Q. <input type="text"/>	Compra cheques de gerencia	Q. <input type="text"/>	Aportación a socios	Q. <input type="text"/>
Depósitos a plazo	Q. <input type="text"/>	Tarjetas débito	Q. <input type="text"/>	Otros (especifique)	Q. <input type="text"/>
Retiros en efectivo	Q. <input type="text"/>	Tarjetas crédito	Q. <input type="text"/>		
Pago a terceros	Q. <input type="text"/>	Créditos	Q. <input type="text"/>		
6.2 El producto o servicio tendrá firmantes adicionales al solicitante ^{*/} :				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6.3 ¿Usted realizará más de cinco (5) operaciones de crédito o depósitos al mes?				SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6.3.1 Si la respuesta es afirmativa, indique la actividad que justifique sus operaciones:					

*/ Si la respuesta es negativa, proporcionar información según lo indicado en el punto "AI" del adendum adjunto.

**/ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el punto "AII" del adendum adjunto.

7. DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ANEXAR AL FORMULARIO DE INICIO DE RELACIONES
7.1 Fotocopia del documento de identificación completa del solicitante y otros firmantes. Además, conforme lo establecido en las normativas contra el lavado de dinero u otros activos y para prevenir y reprimir el financiamiento del terrorismo las personas obligadas deben, de la manera que consideren apropiada, verificar y documentar fehacientemente la información consignada en el presente formulario.

8. OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE
8.1 Me comprometo a informar de inmediato a la Persona Obligada cuando se produzca cambio en la información personal consignada en este formulario y cuando se produzca un cambio significativo en el movimiento de fondos reportados.
8.2 Autorizo a la Persona Obligada a verificar la información proporcionada en este formulario.

Firma o impresión dactilar del solicitante

Otros firmantes

Firma y código del empleado responsable

Firma y código del empleado responsable de la verificación de la información

Firma y código de quien autoriza la operación

DATOS DEL PRODUCTO O SERVICIO APROBADO AL SOLICITANTE	
Producto o servicio:	No. o código del cliente:
No. de cuenta o registro del producto o servicio asignado al cliente:	Monto mensual aproximado a majerar:

BASE LEGAL: Artículo 21 de la Ley Contra el Lavado de Dinero u Otros Activos, Decreto Número 67-2001 del Congreso de la República y 12 de su Reglamento, contenido en Acuerdo Gubernativo Número 118-2002, de la Presidencia de la República.

NOTA: Cuando el espacio del formulario sea insuficiente, sírvase incluir la información en hojas por separado, indicando el numeral al que corresponde.


FORMULARIO PARA INICIO DE RELACIONES SIMPLIFICADO
-Persona Individual-
A. ADEMUM

AI. DATOS PERSONALES DE LA PERSONA EN NOMBRE DE QUIEN ACTÚA					
AI.1 Relación:	Padre: <input type="checkbox"/>	Madre: <input type="checkbox"/>	Hijo(a): <input type="checkbox"/>	Hermano(a): <input type="checkbox"/>	Cónyuge: <input type="checkbox"/>
	Otra (especifique): _____				
AI.1 Primer apellido:	Segundo apellido:		Apellido de casada:		
Primer nombre:		Segundo nombre:			
AI.2 Doc. de identificación:	AI.2.1 Número:		AI.2.2 Lugar de emisión:		
Cédula <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/>			Departamento		Municipio
AI.3 Fecha de nacimiento:	AI. 4 Género	AI.5 Ocupación u oficio		AI.6 Estado Civil:	AI.7 Teléfono:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
AI.8 Dirección particular completa (calle o avenida, casa No., colonia, sector, lote, manzana):			AI.8.1 Departamento	AI.8.2 Municipio	AI.8.3 Zona

AII. DATOS PERSONALES DE OTROS FIRMANTES^{1/}					
AII.1 Relación:	Padre: <input type="checkbox"/>	Madre: <input type="checkbox"/>	Hijo(a): <input type="checkbox"/>	Hermano(a): <input type="checkbox"/>	Cónyuge: <input type="checkbox"/>
	Otra (especifique): _____				
AII.1 Primer apellido:	Segundo apellido:		Apellido de casada:		
Primer nombre:		Segundo nombre:			
AII.2 Doc. de identificación:	AII.2.1 Número:		AII.2.2 Lugar de emisión:		
Cédula <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/>			Departamento		Municipio
AII.3 Fecha de nacimiento:	AII. 4 Género	AII.5 Ocupación u oficio		AII.6 Estado Civil:	AII.7 Teléfono:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
AII.8 Dirección particular completa (calle o avenida, casa No., colonia, sector, lote, manzana):			AII.8.1 Departamento	AII.8.2 Municipio	AII.8.3 Zona

AIII. DATOS PERSONALES DE OTROS FIRMANTES					
AIII.1 Relación:	Padre: <input type="checkbox"/>	Madre: <input type="checkbox"/>	Hijo(a): <input type="checkbox"/>	Hermano(a): <input type="checkbox"/>	Cónyuge: <input type="checkbox"/>
	Otra (especifique): _____				
AIII.1 Primer apellido:	Segundo apellido:		Apellido de casada:		
Primer nombre:		Segundo nombre:			
AIII.2 Doc. de identificación:	AIII.2.1 Número:		AIII.2.2 Lugar de emisión:		
Cédula <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/>			Departamento		Municipio
AIII.3 Fecha de nacimiento:	AIII. 4 Género	AIII.5 Ocupación u oficio		AIII.6 Estado Civil:	AIII.7 Teléfono:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
AIII.8 Dirección particular completa (calle o avenida, casa No., colonia, sector, lote, manzana):			AIII.8.1 Departamento	AIII.8.2 Municipio	AIII.8.3 Zona

1/ En caso de existir otros firmantes, proporcionar información en punto "AIII" y de ser insuficiente, consignar los mismos datos para cada uno de ellos, en hojas adicionales.

NOTA: Cuando el espacio del formulario sea insuficiente, sírvase incluir la información en hojas por separado, indicando el numeral al que corresponde.