

**FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR
(Persona Jurídica)**

Seguros Atlántida ejecuta procedimientos de debida diligencia respecto a las operaciones de nuestros proveedores, que nos permitan establecer perfiles de comportamiento, con el fin de dar cumplimiento a la normativa vigente. Este formulario servirá como un medio de obtención de información, la misma que Seguros Atlántida mantendrá en confidencialidad. El personal de Seguros Atlántida podría contactarse con usted en caso de tener alguna pregunta adicional.

Los campos no deben quedar en blanco, de no tener respuesta alguna deberá colocar N/A.

INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA

Razón Social:		Ruc N°:		
Actividad económica:				
Lugar y fecha de constitución:				
Dirección:		País:		
		Provincia:		
	Cantón:		Ciudad:	
	Calle principal:		N°:	
	Calle transversal:		Referencias:	
Teléfono/celular:		Correo electrónico:		

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Nombres:		Apellidos:			
Lugar y fecha de nacimiento:		Nacionalidad:			
Tipo de documento:	C.I.: ☐	RUC: ☐	Pasaporte: ☐	Otros: ☐	No ID:
Dirección de domicilio:		Sector:			
	Ciudad:		País:		
Teléfonos:		Correo electrónico:			
Estado civil:	Soltero: ☐	Casado: ☐	Divorciado: ☐	Viudo: ☐	Unión libre: ☐

INFORMACIÓN FINANCIERA

Origen de ingresos:			
Ingresos Anuales: USD.		Total Activos: USD.	
		Total Pasivos: USD.	
¿Posee ingresos diferentes a la actividad económica descrita anteriormente?	Si ☐	No ☐	
Ingresos diferentes de la actividad principal descrita anteriormente USD.			
Fuente de otros ingresos:			

**FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR
(Persona Jurídica)****SOCIOS / ACCIONISTAS**

Se requiere el detalle de los socios/accionistas que posean el 10% o más del capital suscrito

Razón Social Nombre completo:	Número de ID:	% Participación	Nacionalidad	Nombre del Representante Legal (en caso de que el accionista sea una empresa)

PAGOS POR TRANSFERENCIA - DATOS BANCARIOS

Se deberá incluir los datos bancarios únicamente del proveedor registrado y no de un tercero

Concepto de pago:	
Banco:	
Número de cuenta:	
Tipo de cuenta:	
E-mail:	

DECLARACIÓN DE PERSONA EXPUESTA POLÍTICAMENTE (PEP'S)**Declaración:**

Declaro bajo juramento que ☐ **Si** ☐ **No** me encuentro ejerciendo un cargo considerado políticamente expuesto.

En caso de que la respuesta sea positiva, indicar:

Cargo: Función: Jerarquía:

Entidad donde desempeña tal función:

Fecha del nombramiento de designación de cargo:

Fecha de culminación de cargo (en caso de aplicar):

Adicional indicar si usted mantiene alguna de las siguientes relaciones mencionadas:

Tipo de relación:	En caso de que su respuesta sea afirmativa colocar la siguiente información:			
Colaborador directo	Si ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:
Relación empresarial (por afinidad)	Si ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:
Relación societaria	Si ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:
Relación comercial	Si ☐	No ☐	Nombres:	Cargo:

DECLARACIONES

A través de la suscripción del presente documento acepto que mantendré libre e ileso a cualquier persona, empresa, entidad, institución o agencia gubernamental de toda responsabilidad con respecto a la entrega de la información a Seguros Atlántida. Además, mediante este documento proceso a liberar y matener a Seguros Atlántida, y sus accionistas, directores y empleados, ilesos de todo reclamo, gastos y responsabilidades con respecto a la recepción de esa información. Comprendo que la investigación de información general llevada a cabo por Seguros Atlántida, incluirá la recopilación de información acerca de la entidad que represento, sus socios o accionistas y administradores, así como de su reputación y búsquedas de información pública disponible, incluidos los litigios civiles y/o penales y los registros de antecedentes penales.

Conocedor de delito del perjurio, declaro:

- Que mi representada, sus socios o accionistas y administradores no han sido vinculados ni sentenciados por delitos relacionados al lavado de activos, financiamiento del terrorismo u otros delitos.
- Que los datos e información suministrada en el presente documento es verdadero, fidedigna y actualizada. Así mismo, autorizo a Seguros Atlántida, en forma expresa e irrevocable, a verificar mis referencias y obtener información comercial, bancaria y financiera con quienes considere conveniente e informe a las autoridades competentes si fuera el caso.

Declaración de licitud de fondos: Declaro libre y voluntariamente que las transacciones y operaciones que mi Representada ha efectuado o efectuará con Seguros Atlántida no provienen ni provendrán de fondos obtenidos de forma ilegítima, ilícita o vinculados con negocios de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos. Además, que los recursos pagados por Seguros Atlántida serán utilizados de forma lícita.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Dando cumplimiento a lo establecido en la Constitución de la República del Ecuador y Ley Orgánica de Protección de Datos Personales de Ecuador declaro que conozco específicamente el tratamiento que se dará a mis datos y a los de mi representada y expresamente acepto y autorizo a Seguros Atlántida para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado, en sus servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizado la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía y en concordancia a lo prescrito en la Ley.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

¿Mantiene usted relación con algún colaborador de Seguros Atlántida o socio comercial?

Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, especificar:

Nombre Completo:

Tipo de parentesco:

Cargo Colaborador Seguros Atlántida:

Tipo de socio comercial:

**FORMULARIO CONOZCA A SU PROVEEDOR
(Persona Jurídica)**

V.012024

DECLARACIONES DE ÉTICA EMPRESARIAL Y SOSTENIBILIDAD

Declaro que como proveedor de Seguros Atlántida me acojo al Código de Conducta para Terceros, que se encuentra publicado en la página web www.segurosatlantida.ec

	Si	No	En caso negativo informar el motivo
¿La empresa cumple con el Programa de Transparencia y Ética Empresarial - PTEE?	☐	☐	
¿La empresa cumple con el Sistema de Autocontrol y Gestión de Riesgo Integral de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SAGRILIFT?	☐	☐	
¿La empresa cuenta con una estrategia de sostenibilidad gestionando aspectos sociales, ambientales y de gobernanza?	☐	☐	
¿La empresa cumple con la normatividad vigente sobre medio ambiente, recursos naturales, salud humana, seguridad industrial, paisaje, patrimonio, cultura, y en general cualquier normatividad que guarde relación con la responsabilidad ambiental, se obliga a mantener vigentes las respectivas licencias, autorizaciones, certificaciones, permisos, etc., otorgadas por las autoridades competentes?	☐	☐	
¿La empresa calcula su huella de carbono y cuenta con objetivos formales y medidas para la reducción de los GEI gases de efecto invernadero?	☐	☐	
¿La empresa cuenta con un sistema de gestión ambiental y social (incluyendo los resultados de las medidas implementadas para la prevención, mitigación, comprensión o corrección de los impactos ambientales y sociales)?	☐	☐	
¿Un porcentaje significativo de la energía consumida proviene de fuentes renovables?	☐	☐	

DOCUMENTOS A ADJUNTAR JUNTO CON EL FORMULARIO

Conozco la obligación que tiene la compañía de actualizar los datos contenidos en este formulario, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a Seguros Atlántida, cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigilia de la relación con Seguros Atlántida, me comprometo a proveer la documentación e información que sea solicitada.

	Si	No
Copia de RUC		
Certificado de Cumplimiento de Obligaciones otorgado por la Superintendencia de Compañías Valores y Seguros (si aplica)		
Nombramiento del representante legal debidamente inscrito		
Nómina de socios o accionistas		
Cédula de ciudadanía del representante legal		
Estados financieros del último período fiscal		
Certificado bancario actualizado		

FIRMA DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor:		Firma:	
Lugar:		Día:	
		Mes:	
		Año:	