

I.- INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

Denominación o Razón Social			
RUC	País	Ciudad	
Dirección		Teléfonos, Fax	
Lugar y fecha de constitución			
Años en la dirección actual		Número de oficinas / locales	
Actividad económica principal		Años en la actividad	
Segmento, si aplica		Fuente de ingresos	
Describe el nombre de su ente de control			

II.- ADMINISTRACION DE LA ENTIDAD

1. identificación del Representante Legal

IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	NACIONALIDAD

2. Identificación de los miembros del Directorio o Accionistas que posean más del 25% del paquete accionario, y en caso del sector financiero popular y solidario remitir la lista de los miembros del Consejo de Administración, Consejo de Vigilancia y Gerente, en el caso de Fideicomiso se deberá remitir documento donde se identifique al: fideicomitente, fiduciario, beneficiarios, clase de fideicomisos.

(En caso de faltar espacio favor anexar una hoja)

Tipo de personas	Identificación	Nombre y apellido	% Parti.
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	C.I./RUC/Pass:		
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	C.I./RUC/Pass:		
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	C.I./RUC/Pass:		
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	C.I./RUC/Pass:		

3. ¿La Institución mantiene como miembros del Directorio o Accionistas a personas catalogadas como PEP (Personas Expuestas Políticamente)?

SI NO

Si su respuesta es SI, ingresar la información descrita abajo:

IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO

III.- INFORMACIÓN FINANCIERA (Correspondiente al último año fiscal)

TOTAL ACTIVOS:	<input type="text"/>	TOTAL INGRESOS:	<input type="text"/>
TOTAL PASIVOS:	<input type="text"/>	TOTAL GASTOS:	<input type="text"/>
TOTAL CAPITAL:	<input type="text"/>	UTILIDAD / PERDIDA:	<input type="text"/>
TOTAL PATRIMONIO:	<input type="text"/>		

¿Cuál es el monto Promedio mensual a la fecha, de los ingresos de su Institución?

IV.- PRODUCTOS Y SERVICIO, SOCIOS/CLIENTES

1. Describa los principales servicios y productos que ofrece su Institución.

--

2. Base de clientes

Número de socios/clientes activos:

¿La entidad ha clasificado a la contraparte (clientes, proveedores, empleados, corresponsales) por riesgo de PLA ?

SI NO

Si la respuesta es afirmativa detalle el % de socios/clientes por riesgo:

ALTO MEDIO BAJO ALTO MEDIO BAJO

SOCIOS/CLIENTES:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	EMPLEADOS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORRESPONSALES:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PROVEEDORES:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Provee su Institución/Entidad servicios o mantiene alguna relación con los siguientes tipos de entidades:

CASAS DE CAMBIO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
COURIERS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
FUNDACIONES	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
AGENTES INMOBILIARIOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
MINERÍA, METALES PRECIOSOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
REMESADORAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

V.- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

1. ¿Cuenta su Institución con un Comité de Cumplimiento? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, complete la siguiente información sobre los miembros del Comité:

IDENTIFICACION	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO

2. ¿Tiene su entidad Oficial de Cumplimiento? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, favor incluya la siguiente información:

Apellidos y Nombres		C.C.
Dirección	Teléfonos	
E- mail		
Fecha de calificación y N° de Resolución		

3. ¿La entidad tiene un Manual de Prevención de Lavado de activos? SI NO

Fecha de la última actualización:

4. ¿Tiene la entidad implantadas políticas de identificación de socios/clientes? SI NO

5. ¿Realiza procesos de Debida Diligencia Ampliada a socios/clientes de alto riesgo? SI NO

6. ¿Ejecuta procesos de validación de listas de observados? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la periodicidad con la que se ejecuta?:

Detalle las listas con las cuales realiza la verificación:

7. ¿Tiene su Institución políticas que prohíba abrir cuentas y/o mantener relaciones comerciales con Bancos Pantalla? SI NO

8. ¿Tiene su Institución políticas que prohíban abrir o mantener cuentas anónimas (por ejemplo cuentas cifradas), y que no permitan conocer a los verdaderos propietarios? SI NO

9. ¿Tiene políticas y procedimientos para identificar y reportar transacciones inusuales e injustificadas? SI NO

10. ¿El proceso de monitoreo transaccional en su Institución es realizado con el apoyo de una herramienta tecnológica? SI NO

Nombre de la Herramienta y su Proveedor

11. ¿La Institución mantiene socios y/o clientes a personas catalogadas como PEP (Personas Expuestas Políticamente)? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, cuántos socios y/o clientes mantiene catalogados como PEP?

¿La Institución posee normas y controles para identificar a socios / clientes PEP? SI NO

12. ¿Dispone su Institución de una Política de Retención de Documentos? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, por cuánto tiempo mantiene los documentos?

13. ¿Cuenta su Institución con programas de capacitación en Prevención de Lavado de Activos para todo el personal? SI NO

Si la respuesta es afirmativa, qué modalidad utilizan (virtual, presencial, entre otros):

¿Cuál es la periodicidad con la que se aplican los procesos de capacitación?

14. ¿Cuenta su Institución con revisiones periódicas de evaluación de las políticas y procedimientos para la Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos incluido el terrorismo? SI NO

AUDITORIA INTERNA SI NO

AUDITORIA EXTERNA SI NO

AUDITORIA ENTE DE CONTROL SI NO

15. ¿La entidad ha sido sancionada por incumplimiento de las normas de Prevención de Lavado de Activos establecidas? SI NO

16. ¿Las actividades inusuales injustificadas se reportan a las autoridades competentes? SI NO

17. Por favor indicar cuantos casos fueron reportados en el último año?

FECHA ULTIMA AUDITORIA

VI.- REFERENCIAS COMERCIALES (Mínimo 2 del último año)

NOMBRE Y APELLIDO	EMPRESA	CARGO	TELÉFONOS

VII.- CUMPLIMIENTO LEY FATCA

A efectos de dar cumplimiento a la Ley de Conformidad Tributaria para Cuentas Extranjeras o ley FATCA por sus siglas en inglés, por favor responda al siguiente cuestionario marcando con una X en la columna según corresponda.

Determine, ¿Cuál es su estatus FATCA?

- Institución Financiera participante con acuerdo individual con el IRS
 En caso de seleccionar esta opción, por favor proporcione el número de GIIN y complete el formulario **W-8BEN-E**.
- Institución Financiera considerada cumplidora, marque la clasificación pertinente
- Institución Financiera con base de clientes exclusivamente locales
- Institución Financiera con cuentas exclusivamente de bajo valor
- Emisora de tarjeta de crédito
- Institución Financiera no participante

VIII.- RESIDENCIA FISCAL

¿Tiene la entidad residencia fiscal diferente a Ecuador? SI NO

Si responde SI, por favor complete la siguiente información:

País residencia fiscal	Número de identificación fiscal	País	Ciudad	Cód. Postal	Teléfono
1.					
2.					
3.					

IX.- DECLARACIÓN SOBRE EL ORIGEN Y DESTINO LICITO DE RECURSOS, AUTORIZACIÓN Y RESIDENCIA FISCAL Y OTROS

DECLARO: que las transacciones y operaciones que he efectuado o efectuare con la Cooperativa Policía Nacional, no provienen ni provendrán de fondos obtenidos en forma ilegítima o vinculados con negocios de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, en consecuencia eximo a la COOPERATIVA POLICIA NACIONAL de toda responsabilidad, aún ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Así mismo autorizo expresamente a la Cooperativa a realizar el análisis que considere pertinente e informar a las autoridades competentes si fuera el caso. Además, declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada y conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a la Cooperativa cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Cooperativa, me comprometo a proveer de la documentación e información que sea solicitada.

AUTORIZO: Expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a la COOPERATIVA POLICIA NACIONAL, a realizar el análisis y las verificaciones que considere necesarias sobre la información registrada.

RESIDENCIA FISCAL: Asumo la responsabilidad y me comprometo a actualizar la misma e informar a la Cooperativa cuando varíe algún dato proporcionado en el presente documento, o se produzca cualquier cambio de circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta, comprometiéndome a proporcionar a COOPERATIVA POLICIA NACIONAL CIA. LTDA. un formulario actualizado y apropiado de Auto certificación de Residencia Fiscal dentro de un período máximo de 30 días calendario desde que se produjo el cambio. Autorizo a COOPERATIVA POLICIA NACIONAL CIA. LTDA. a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o una copia de este formulario a cualquier autoridad fiscal pertinente, nacional o extranjera, o cualquier parte autorizada para auditar o realizar un control similar de COOPERATIVA POLICIA NACIONAL CIA. LTDA. para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer COOPERATIVA POLICIA NACIONAL CIA. LTDA. y que es pertinente para mi calificación para cualquier beneficio reclamado con base a esta certificación. Acepto que la información contenida en este formulario y la información relacionada con mis cuentas en COOPERATIVA POLICIA NACIONAL CIA. LTDA. (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 en el cual soy residente para fines fiscales.

X.- DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

NOTA: Favor devolver el presente cuestionario firmado y sellado por el Oficial o Responsable de Cumplimiento y el Representante Legal de la Institución, adicional adjuntar la siguiente documentación:

- Nombramiento del Representante Legal
- RUC
- Calificación del Oficial de Cumplimiento emitida por el Órgano de Control
- Copia de la parte pertinente del Manual de Prevención de Lavado de Activos donde se identifique su última fecha de aprobación
- Certificado de cumplimiento UAFE
- Copias del formulario de declaración del Impuesto a la Renta de los dos últimos años
- Copia de escritura de constitución de la empresa (aplica si es nuevo)

 (Firma) Oficial de Cumplimiento

Nombre:
 Fecha:

 (Firma) Representante Legal

Nombre:
 Fecha: