



CERTIFICACIÓN DE CONTROL PREVENTIVO DE LAVADO DE  
ACTIVOS PARA CASA DE VALORES

CÓDIGO: R-GNF-MP-05

VERSIÓN: 00

AÑO: 2019

PÁGINA 1 de 1

I. IDENTIFICACIÓN E INFORMACIÓN GENERAL

Lugar y fecha:		
Razón Social:		
RUC:	Fecha de constitución:	
Actividad principal:		
Dirección oficina principal:		
Ciudad:	País:	Página web:
Teléfono:		
Número de agencias nacionales:	Número de agencias extranjeras:	
	Especifique países de sucursales extranjeras	
Nombre de los auditores externos:		
Volumen (monto) de transacciones mensuales estimadas a operar con la Corporación Financiera Nacional BP:		

II. INFORMACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos del representante legal:			
Nacionalidad:		Lugar y fecha de nacimiento:	
Tipo de documento de identificación:	C.C. <input type="checkbox"/>	Número de documento de identificación:	Estado civil
	C.I. <input type="checkbox"/>		
	Pasaporte <input type="checkbox"/>		
Sexo: Mujer: <input type="checkbox"/>	Hombre: <input type="checkbox"/>	Género: Femenino: <input type="checkbox"/>	Masculino: <input type="checkbox"/>
Actividad principal / profesión:		Fecha de finalización de funciones:	
Dirección de residencia:			
Ciudad:	País:	Teléfono:	
Dirección de trabajo:			
Ciudad:	País:		
Teléfono:	Correo electrónico:		
¿Se encuentra en categoría de "Persona expuesta políticamente" PEP?: En caso afirmativo, detallar el cargo público, antigüedad en cargo y la institución pública de trabajo. SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Nombre y apellidos del cónyuge:			
Nacionalidad:		Lugar y fecha de nacimiento:	
Tipo de documento de identificación:	Cédula <input type="checkbox"/>	Número de documento de identificación:	Profesión:
	Pasaporte <input type="checkbox"/>		
¿Se encuentra en categoría de "Persona expuesta políticamente" PEP?: En caso afirmativo, detallar el cargo público, antigüedad en cargo y la institución pública de trabajo. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Tiene familiares comprendidos hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad, que trabajan en el sector público y que son catalogados como "Persona expuesta políticamente" PEP? En caso afirmativo, detallar el cargo público, antigüedad en cargo y la institución pública de trabajo. SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

\*\*\*Persona políticamente expuesta o PEP: Son todas aquellas personas naturales, nacionales o extranjeras, que desempeñan o hayan desempeñado funciones públicas destacadas en el Ecuador o en el extranjero, hasta un año después de haber culminado el cargo que originó tal calidad. Las relaciones comerciales o contractuales que involucren al cónyuge o a las personas unidas bajo el régimen legal de unión de hecho reconocida legalmente; o a familiares comprendidos hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad; a personas naturales o jurídicas de cualquier naturaleza, con las cuales una persona expuesta políticamente (PEP), se encuentre asociada o vinculada societariamente, o sus colaboradores cercanos, deberán ser sometidas a los mismos procedimientos de debida diligencia ampliada.

III. INFORMACIÓN SOBRE SOCIOS/ACCIONISTAS

\*Identificar a todos los accionistas hasta llegar a la persona natural (En caso de que el espacio sea insuficiente, adjuntar un listado con la información requerida)

Nombres completos (Accionistas o socios)	C.C./ PASP / RUC	Acciones (Monto)	Acciones (Porcentaje)	Nacionalidad	Políticamente expuesto	Cargo que desempeña o desempeñó
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	
					Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	

IV. ACTIVIDAD DE LA INSTITUCIÓN

¿Requiere su institución licencia para operar? En caso negativo detallar tal circunstancia, y en caso positivo indicar la fecha de vencimiento del mismo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿La licencia de operación de la institución fue revocada alguna vez? En caso afirmativo, indicar los motivos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál es el nombre del ente de control que emite la licencia de operación?	Ente de control:	

¿Su institución se encuentra registrado como Sujeto Obligado en la Unidad de Análisis Financiero y Económico? En caso afirmativo, indicar el código de registro y adjuntar el Certificado de Cumplimiento de la UAFE en Línea:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Código de Registro:
<b>V. ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE CUMPLIMIENTO</b>			
¿Existe en su institución un departamento responsable de coordinar y supervisar el programa de Prevención de Lavado de Activos?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
De ser afirmativa la respuesta, indicar el número de integrantes del departamento y si se encuentra a tiempo parcial o completo:	Número de integrantes	Tiempo Parcial	Tiempo Completo
Nombre completo del Oficial de Cumplimiento:			
N° de Identificación		Ciudad	
País:	Teléfono:	Correo electrónico:	
¿La designación del Oficial de Cumplimiento fue aprobada por el Directorio u organismo que haga sus veces?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo indicar fecha de la misma y adjuntar la resolución de calificación del organismo de control:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
El oficial de cumplimiento tiene en curso causas judiciales relacionadas con delitos relacionados al lavado de activos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene su institución Comité de Cumplimiento u organismo que haga sus veces:(Junta de Accionista) en caso de ser afirmativa, indicar su conformación:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>VI. POLÍTICAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO</b>			
Detallar la legislación de su país que regula la prevención de lavado de activos			
¿Las políticas y procedimientos de prevención de lavado de activos de la institución son conocidos por todo el personal de la Institución?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Su institución conoce y aplica las recomendaciones del GAFI?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Monitorea a sus clientes y transacciones contra listas de personas, entidades o países emitidas por autoridades gubernamentales/competentes?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Si la respuesta es afirmativa, indicar algunas de las listas que utiliza su sistema.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Su institución tiene la obligación de reportar operaciones sospechosas, inusuales e injustificadas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Cuál es el organismo de control al que reporta operaciones sospechosas inusuales e injustificadas??	Organismo de control:		
¿Posee su institución sistemas de monitoreo y políticas y procedimientos para identificar y reportar transacciones inusuales e injustificadas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
De ser afirmativa la respuesta, ¿de qué tipo son estos procesos? ¿manuales, automáticos o mixtos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Posee su institución un Manual de Prevención de Lavado de Activos?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso de ser afirmativa la respuesta, indicar la fecha de última actualización: _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Indicar si el manual fue aprobado por el Directorio de su institución u organismo que haga sus veces:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Tiene su Institución procedimientos apropiados de custodia de los registros y documentación soporte de las transacciones?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Cuál es el tiempo exigible en su país para el resguardo de la documentación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Posee su institución políticas y procedimientos para establecer relaciones comerciales con personas expuestas políticamente?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Su institución aplica políticas de prevención de lavado de activos y financiamiento de delitos a todas sus sucursales y subsidiarias tanto en el país como en el exterior?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Su institución aplica políticas de prevención de lavado de activos y financiamiento de delitos a todas sus operaciones, incluyendo mercado primario y secundario.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Su institución aplica políticas de prevención de lavado de activos y financiamiento de delitos a los emisores de obligaciones?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿ Su institución aplica la política " Conozca a su proveedor" la cual busca reforzar el control e incluye el conocimiento de los proveedores de bienes y servicio de la compañía?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<b>VII. SISTEMAS INFORMÁTICOS</b>			
¿Cuenta con algún software para monitorear y controlar el proceso de prevención de lavado de Activos y financiamiento del terrorismo?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso de ser afirmativa la respuesta, realice una breve descripción del mismo:			
<b>VIII. CONOZCA A SU CLIENTE(KYC)</b>			
¿Posee su institución procedimientos de debida diligencia (KYC) para identificar a los clientes potenciales y actuales?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
¿Determina la institución el nivel de debida diligencia a ser aplicado para las distintas categorías de clientes y sus transacciones, especialmente aquellos que representan un alto riesgo de lavado de activos de la institución?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Si su respuesta es afirmativa, describir brevemente en que consiste.	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Para las transacciones de mercado secundario, indique detalladamente cuales son los procedimientos, políticas o buenas prácticas de prevención y control del lavado de activos y financiamiento de delitos.			
<b>IX. CAPACITACIÓN</b>			
¿La institución mantiene programas de capacitación en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
En caso que la respuesta sea afirmativa indicar la frecuencia con la cual se imparte dicha capacitación:			
Indique la fecha de la última capacitación recibida por parte de los empleados de la Casa de Valores que ud. Representa, sobre prevención de lavado de activos y financiamiento de delitos:			

**X. AUDITORIAS AL PROGRAMA DE CUMPLIMIENTO**

¿Su sistema, políticas y procedimientos establecidos para prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo han sido En caso afirmativo, indicar cuál es el nombre de la entidad reguladora y la fecha de la última revisión?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ente de control: _____ Fecha última revisión: _____		
Adicionalmente a las inspecciones realizadas por los supervisores de gobierno/entidad reguladora, ¿tienen una función de auditoría interna o de revisión externa independiente que evalúe regularmente sus políticas y prácticas de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo?		
Si la respuesta es sí indique a continuación la periodicidad:	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Auditoría Interna: Mensual _____ Semestral _____ Anual _____ Auditoría Externa: Semestral _____ Anual _____		
¿Ha sido su institución, directivos, representante legal, accionista sujeto a alguna investigación, acusación, condena civil o acción legal En caso afirmativo, favor proporcione una explicación:	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**XI. RELACIÓN CON EL EXTERIOR**

¿Tiene su Institución políticas que aseguren, razonablemente, que mantiene cuentas y relaciones comerciales solamente con bancos del exterior que poseen licencias para operar en sus países de origen?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene su institución aperturada convenios de corresponsalia?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
De ser afirmativa la respuesta o en caso de no aplicar, detalle el nombre y ubicación (Dirección, ciudad, país) de las instituciones con las que mantiene corresponsalia:		
¿Su institución ha suscrito el acuerdo FATCA?	Sí <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcionar el código GIIN (Global Intermediary Identification Number) _____		

**XII. DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS**

**Declaración de Información**

1. Declaro (amos) bajo la gravedad de juramento, que los datos asentados en este formulario son correctos y verdaderos; y, autorizo expresamente a la CFN B.P. a realizar las verificaciones que considere pertinentes, para lo cual queda facultada a comprobar la identidad del firmante y de su representada, a través de fuentes internas y externas.

2. Declaro (amos) que hemos realizado la identificación de nuestros comitentes hasta llegar al beneficiario final y que hemos aplicado el control de prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Mercado de Valores y en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos del Financiamiento de Delitos, por lo que eximo a la Corporación Financiera Nacional B.P. de toda responsabilidad derivada por la omisión de los referidos controles y por información errónea, falsa o inexacta establecida en el presente formulario.

**Declaración de Licitud de Fondos**

Igualmente declaro (amos) que los recursos, bienes, fondos, e ingresos que poseo (emos) y percibo (bimos), no provienen ni provendrán de recursos obtenidos de manera ilegítima, ilícita o de actividades vinculadas con el lavado de activos o el financiamiento de delitos, de conformidad con la Ley para erradicar el lavado de activos, los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por el Estado ecuatoriano; que éstos no son productos del narcotráfico de sustancias ilegales o por otra actividad tipificada en la Ley Orgánica de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos, en consecuencia eximen a la Corporación Financiera Nacional B.P. de toda responsabilidad, aún ante terceros si la presente declaración es falsa o errónea.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: _____	Firma: _____
Nombre Representante Legal: _____	Nombre Oficial de Cumplimiento: _____
C.C. o Pasaporte: _____	C.C. o Pasaporte: _____

**XIII. PARA USO EXCLUSIVO DE CFN**

Revisado por (Funcionario del área de negocio) \_\_\_\_\_