**CUESTIONARIO “CONOZCA A SU CORRESPONSAL”**

**CONTROL PREVENTIVO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS COMO EL TERRORISMO.**

**INSTITUCIONES FINANCIERAS.**

**I. INFORMACIÓN DEL CORRESPONSAL/INSTITUCIÓN FINANCIERA**

|  |  |
| --- | --- |
| Razón Social |  |
| Identificación | 010205134-9 |
| Ciudad / Pais | Ecuador Quito |
| Dirección | Av. Amazonas Y Ramirez Davalos Esq, Edf. Turismundial |
| Teléfonos | (593 2) 2505600/(2) 0992941946/(2) 0984265453 |
| Años en la actividad | 10 |
| Número de agencias locales | 2 |
| Número de agencias en el exterior y ubicación |  |

Representante(s) Legal(es):

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificación** | **Apellidos y Nombres completos** |
| 171481829900-1 | salomon carrillo |
|  |  |
|  |  |

Descripción de la actividad principal:

|  |
| --- |
|  |

**II. POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS:**

1. En su estructura de Prevención de Lavado de Activos: ¿Tiene Comité de Cumplimiento? SI NO

Si la respuesta es positiva, complete la información.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identificación** | **Apellidos y Nombres completos** | **Cargo** |
| REPLACE\_SOCIACODE | salomon carrillo | Supervisor de Cajas |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿Tiene Oficial de Cumplimiento? SI NO

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellidos del Oficial de Cumplimiento** |  |
| **Identificación** | 010205134-9 |
| **Teléfonos de contacto** | (593 2) 2505600/(2) 0992941946/(2) 0984265453 |
| **Dirección electrónica** | scarrillo@hotmail.com |

1. ¿En los programas de revisión de Auditoría Interna y Externa se evalúa la eficacia de las políticas y prácticas de Prevención de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos como el terrorismo de su Institución?

SI NO

Si la respuesta es positiva, favor infórmenos la periodicidad de estas inspecciones:

Auditoría Interna: Trimestral Semestral Anual

Auditoría Externa: Semestral Anual

Principio del formulario

Final del formulario

1. ¿Tiene su Institución una política que prohíba abrir cuentas y/o mantener relaciones comerciales con “Bancos Pantalla” (se define como un Banco Pantalla a un banco legalmente constituido pero sin presencia física)?

SI NO

1. ¿Tiene su Institución políticas para iniciar relaciones comerciales con Personas Políticamente Expuestas?

SI NO

1. ¿Posee su institución Manual de Prevención de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos como el Terrorismo y Políticas de Conocimiento del Cliente, del Empleado, del Corresponsal y del Mercado?

SI NO

* Si su respuesta es afirmativa indicar la fecha de actualización\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Si su respuesta es negativa indique cuál es control para la Prevención de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos como el terrorismo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Su Institución requiere que las políticas y procedimientos de Prevención de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos como el terrorismo, se apliquen a todos los segmentos de negocio y subsidiarias tanto en el país como en oficinas localizadas en el exterior?

SI NO

1. ¿Tiene su institución procesos de evaluación de clientes que permita asignar una categoría de riesgo tomando en consideración los factores de riesgo desde una perspectiva de PLA/FDT?

SI NO

1. ¿Existe para clientes identificados como de mayor riesgo desde una perspectiva de prevención de lavado de activos, procesos definidos de debida diligencia más rigurosos?

SI NO

1. ¿Tiene su Institución implementados procedimientos de identificación de sus clientes?

SI NO

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

SI NO

1. ¿Tiene su Institución procedimientos para elaborar y mantener files para cada cliente, que contenga las copias de los documentos de identificación y otros que sirvieron de sustento para abrir la(s) cuenta(s)?

SI NO

1. ¿Toma su Institución medidas para analizar y entender las transacciones que espera realizar el cliente y que esté acorde a su actividad, basados en el perfil y al nivel de riesgo asignado?

SI NO

1. ¿Tiene su Institución políticas y procedimientos para identificar y reportar transacciones inusuales e injustificadas a los Entes de Control?

SI NO

1. ¿Tiene su Institución procedimientos y controles para identificar transacciones fraccionadas,?

SI NO

1. ¿Tiene su Institución procesos de verificación de clientes en listas?







SI NO

Si su respuesta es positiva enumere las listas:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. ¿Para establecer relaciones comerciales con una entidad financiera es requisito la presentación de la licencia para operar en sus países de origen?

SI NO

1. ¿Tiene su Institución un programa de monitoreo de la transaccionalidad de sus clientes, a fin de determinar la existencia de operaciones inusuales?

SI NO

1. ¿El proceso de monitoreo transaccional en su Institución es realizado con el apoyo de una herramienta tecnológica?

SI NO

1. ¿Tiene su Institución definido planes de entrenamiento y/o capacitación a sus Directivos, Funcionarios y Empleados sobre leyes, regulaciones, políticas, procedimientos para prevención de lavado de activos y del financiamiento de delitos como el terrorismo?

SI NO

¿Cuál es la periodicidad?\_\_\_\_\_

1. ¿Mantiene su Institución un registro de las capacitaciones realizadas y los resultados alcanzados?

SI NO

1. ¿Cómo parte del proceso de capacitación, aplica examen de evaluación de conocimientos sobre las temáticas impartidas?

SI NO

**OFICIAL DE CUMPLIMIENTO REPRESENTANTE LEGAL**

FECHA: 2016-02-03 FECHA: 2016-02-03

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_