



FORMULARIO DE VINCULACION/ACTUALIZACION - PROVEEDOR PERSONA JURIDICA

Inicio de relación comercial _____ Continuidad Relación comercial _____ Oficina / Agencia: _____

Por favor NO dejar espacios en blanco, en los casos que no aplique indíquese N/A

DATOS DE LA CONTRAPARTE

Razón Social:		N° Ruc:		
Objeto Social:		Lugar y Fecha de Constitución:		
Línea de Negocio (Actividad Económica):				
Dirección (Calle Principal, N°, Transversal):				
País:	Provincia:	Cantón:	Parroquia:	Sector:
Años en la dirección actual:	Años en la actividad o negocio:	N° oficinas locales:	N° oficinas en el exterior:	
Teléfonos convencionales y celulares:		Correo Electrónico:		
Organismo regulador:		Resolución Autorización:		

PERFIL FINANCIERO/ NIVEL DE INGRESO POR ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL (Información del año inmediato anterior)

TOTAL INGRESOS:	TOTAL DE GASTOS:	
TOTAL ACTIVOS:	TOTAL PASIVOS:	TOTAL PATRIMONIO:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

Apellidos:		Nombre(s):		
Tipo de Identificación: C.C. __ Pasaporte __ Visa V12 __		Número de Identificación:		Sexo: F __ M __
Extranjero __	Extranjero Residente.	Tiempo de Residencia	Estado Civil: Soltero __ Casado __ Divorciado __ Unión de Hecho __ Viudo __	
Cargo:	Lugar y Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Dirección Ubicación:		N°	S/N	Transversal:
País:	Provincia:	Cantón:	Parroquia:	Sector:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:		
Tiene otra nacionalidad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Tiene residencia Fiscal o Legal en Otro País: <input type="checkbox"/>		
Nombre del Cónyuge o Conviviente:		Dirección y Teléfono de la Residencia en otro país:		
Número de Identificación del cónyuge:				

DECLARACIÓN PERSONA POLITICAMENTE EXPUESTA (PEP) - REPRESENTANTE LEGAL

REGLAMENTO GENERAL A LA LEY ORGÁNICA DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y DEL FINANCIAMIENTO DE DELITOS:

" PEP.- Son todas aquellas personas naturales, nacionales o extranjeras, que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en el Ecuador o en el extranjero en representación del país, hasta un año (1) después de haber culminado el cargo que originó tal calidad".

El Representante Legal es PEP? NO SI Cargo o Actividad Pública que ejerce o ejerció: _____
Período en que ejerció o ejerce su cargo actividad Pública: _____

El Representante Legal forma o ha formado parte de algún partido o movimiento político: NO SI Período: _____

Como Persona Expuesta Políticamente detalle los nombres de las personas naturales /jurídicas relacionadas a usted: empresa en la que sea accionista, relación contractuales que tenga, cónyuge, parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, primero de afinidad y sus cercanos colaboradores.

En caso de se afirmativa la respuesta, favor indicar:

Nombres y Apellidos	Cédula o Pasaporte	Cargo / Función	Período	Parentesco

DETALLE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE LOS ACCIONISTAS (PERSONAS NATURALES) CON EL 25% O MAS EN ACCIONES

Apellidos y Nombres	No. Documento de Identificación	% PARTICIPACIÓN

CUESTIONARIO DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DE DELITOS

¿Cuenta su Institución con un Comité de Cumplimiento debidamente conformado?

SI NO

Si la respuesta es positiva, complete la información

Identificación	Apellidos y Nombres	Cargo

¿Cuenta su Institución con Oficial de Cumplimiento?

SI NO

De ser positiva su respuesta, favor ingrese la siguiente información y adjunte una copia de la resolución de calificación del oficial de cumplimiento.

Identificación:	
Apellidos y Nombres	
Dirección:	
Teléfono Convencional:	
Teléfono Móvil:	
Correo Electrónico:	
Fecha de Calificación:	
Organismo que lo Calificó:	

¿Cuenta su Institución con las siguientes políticas y procedimientos?

a) Con un manual de políticas, de control, procedimientos y de riesgos de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, aprobado por el directorio u organismo que haga sus veces; Favor indicar la fecha de la última actualización(dd-mm-aaaa):	SI	NO
b) Con políticas para comunicar nuevas leyes o cambios relacionados con Prevención de Lavado de Activos a los directivos, funcionarios y empleados;	SI	NO
c) De vinculación de acuerdo al nivel de riesgo asignado por su Institución,	SI	NO
d) De debida diligencia para iniciar y mantener relaciones comerciales con Personas Políticamente Expuestas, clientes potenciales o clientes de alto riesgo por su actividad económica y aprobadas por el funcionario designado;	SI	NO
e) De prohibición para abrir cuentas anónimas, cifradas o cuentas bajo nombres ficticios que no permitan conocer a sus verdaderos propietarios;	SI	NO
f) De documentar y registrar información de las actividades y negocios de sus clientes;	SI	NO
g) De conocimiento "Del Cliente"; "Del Empleado"; "Del Corresponsal"; "Del Mercado"; "Del Proveedor";	SI	NO
h) De retención de registros y documentación soporte de transacciones;	SI	NO
i) De prevención, detección y reporte de transacciones inusuales e injustificadas, estructuradas o fraccionadas;	SI	NO
j) De segmentación del mercado, de productos, de regiones y de banca personal;	SI	NO

k) De políticas, procedimientos y prácticas de prevención de lavado de activos que se apliquen a todas sus oficinas nacionales e internacionales						SI	NO
l) Existen en su Institución revisiones de Auditoría Interna y Externa que evalúen la eficacia de las políticas y procedimientos establecidos, informe su periodicidad si la respuesta es positiva, complete la siguiente información:						SI	NO
Auditoría Interna:	Trimestral		Semestral	Anual			
Auditoría Externa:	Trimestral		Semestral	Anual			
ANÁLISIS DE RIESGO							
Tiene su institución asignada una categoría de riesgo, para monitorear su base de clientes y sus transacciones, considerando los factores de riesgo de Lavado de Activos;						SI	NO
Determina su institución niveles de riesgo y de debida diligencia apropiados para las diferentes categorías de clientes y transacciones, con el fin de aplicar políticas oportunas de prevención;						SI	NO
Dispone su institución de listas negativas para filtrar nombres e identificaciones de sus clientes, descríbalas:						SI	NO
Cuenta su institución con un programa de monitoreo transaccional, apoyado en una herramienta tecnológica, para determinar la existencia de transacciones inusuales y clientes de riesgo;						SI	NO
SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN							
Acuerdo de Confidencialidad suscrito entre usted y Cooperativa 15 de Abril Ltda. (validar adjunto)						SI	NO
La empresa que representa cuenta procedimientos técnicos y organizativos para:							
• Clasificación de información y prevención de fuga de datos						SI	NO
• Devolución o destrucción de la información a la finalización del acuerdo.						SI	NO
• Concienciación y formación en lo referente a normas de seguridad de la información.						SI	NO
• Gestión de cambios.						SI	NO
• Notificación y gestión de los incidentes de seguridad de la información, y resolución de problemas.						SI	NO
• Gestión de amenazas (antivirus, firewall y otras plataformas de seguridad).						SI	NO
• Gestión de accesos físicos y de sistemas.						SI	NO
• Gestión de vulnerabilidades, parchado y actualizaciones de seguridad						SI	NO
• Plan de Continuidad del negocio que incluya: Planes de Emergencia, Planes de Contingencia, Recuperación de desastres y Plan de pruebas						SI	NO
Me comprometo a enviar a COAC 15 de Abril al menos una vez al año una certificación que permita comprobar: (1) que contamos con controles de seguridad de la información, y (2) que revisamos anualmente el correcto funcionamiento de estos controles a través de auditorías de procesos, técnicas (como ética hacking), y validaciones internas.						SI	NO
CAPACITACIÓN							
Cuenta su institución con programas de capacitación anual, de prevención de lavado de activos, dirigidos a sus Directivos y Funcionarios y mantiene un registro de las mismas en las que se incluya puntaje obtenido y materiales utilizados; Con que frecuencia se realizan las capacitaciones:						SI	NO
Mensual	Trimestral		Semestral	Anual			
DECLARACION EXPRESA							
<p><i>Expresamente señalo(amos) que, los fondos invertidos depositados en la Cooperativa de Ahorro y Crédito "15 de Abril Ltda.", no provienen ni tienen vinculación alguna con actividades ilícitas o tipificadas en la Ley de Prevención, Detección y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y del Financiamiento de Delitos.</i></p> <p><i>Declaro (amos) que la información proporcionada es verdadera y correcta por lo tanto es de nuestra exclusiva responsabilidad cualquier omisión o falsedad.</i></p> <p><i>Autorizo(amos) a la Cooperativa de Ahorro y Crédito "15 de Abril Ltda." a confirmar por cualquier medio la veracidad de la información proporcionada, así como a realizar el análisis y el seguimiento que considere pertinente e informar de manera inmediata y documentada a la autoridad competente en caso de investigación o cuando se detectaren transacciones financieras anuales e injustificadas.</i></p>							

Declaro (amos) que voluntariamente y sin intermediación de ninguna persona, he decidido solicitar a la Cooperativa de Ahorro y Crédito 15 de Abril Ltda., participar en el proceso de calificación como proveedor de bienes y / servicios

Declaro (amos) no estar incurso en las prohibiciones para ser proveedor de la Cooperativa de Ahorro y Crédito 15 de Abril, específicamente en la siguientes: i) No incurso en ninguna prohibición legal que impida realizar mi actividad económica. ii) No tengo relaciones de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad con Representantes de la Asamblea General Vocales de los Consejos de Administración y Vigilancia, miembros del Comité dispuestos por los Organismos de control, Trabajadores de la Cooperativa y las que actúan en los proceso de contratación; y, iii) Los bienes ofrecidos tienen una procedencia legal y cumplen con las normas establecidas para su comercialización.

FIRMAS DE REPRESENTANTE LEGAL Y AUTORIZADO O QUIEN LLENO INFORMACION

Nombres de quien llena la información:	Nombres de Representante Legal
FIRMA	FIRMA

Lugar, Fecha

Portoviejo, dd-mm-aaaa

Uso exclusivo de la cooperativa	
Se registra en la listas de control	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
Usuario:	FIRMA DE RESPONSABLE DE REVISION

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Los documentos solicitados se basan a las políticas internas y normativas vigentes, y serán entregados para el análisis respectivo de la Entidad:

CROQUIS UBICACIÓN DEL NEGOCIO O LOCAL COMERCIAL

Grafique la ubicación del negocio utilizando las mejores referencias posibles, calles, avenidas, edificios, entre otros.

Coordenadas Latitud:	Coordenadas Longitud: