

**Diligenciar todos los campos, sin tachones ni enmendaduras. En caso de que no aplique, escribir "NA"**

**1. Información General**

Nombre completo de la institución		N° Identificación/ID	
No. oficinas el país	Indicar ciudades	No. oficinas exterior	Indicar países

**2. Políticas y procedimientos**

No.	Pregunta	Si	No			
1	¿Su Institución está sujeta a regulación gubernamental para la prevención y control del riesgo de lavado de activos y de la financiación del terrorismo (LA/FT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2	¿Su Institución tiene un programa / sistema para la prevención y control del riesgo de LA/FT, de acuerdo con los lineamientos que regulan la materia, debidamente documentado y actualizado, con políticas y procedimientos internos de obligatorio cumplimiento por todos los empleados? En caso afirmativo, suministrar copia del manual o documento con las principales políticas, controles y procedimientos. Así mismo, indicar el órgano o instancia que lo aprobó y fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nombre			Fecha		
				DÍA / MES / AÑO		
3	¿Su programa / sistema y/o manual de políticas y procedimientos para la prevención y control del riesgo del LA/FT ha sido revisado o auditado por alguna autoridad competente? En caso afirmativo, indicar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nombre de la entidad			Fecha		
				DÍA / MES / AÑO		
4	¿El programa / sistema incluye políticas y procedimientos para el conocimiento adecuado de cada uno de los clientes, sus beneficiarios finales, mantener actualizada su información, e identificar la legitimidad de sus actividades económicas y el origen y destino de sus fondos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5	¿Dicho programa / sistema exige una mayor debida diligencia de conocimiento de los clientes para PPEs (Personas Públicamente Expuestas) y de aquellos que representen un mayor nivel de riesgo en LA/FT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6	¿Su Institución monitorea sus clientes y transacciones frente a los reportados por actividades de LA/FT como las listas, de la ONU (Organización de las Naciones Unidas), OFAC (Office of Foreign Assets Control de Estados Unidos) y demás listas oficiales de control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7	¿Su Institución mantiene registro de las transacciones con sus clientes y de su información relevante, por el tiempo mínimo legal requerido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8	¿Las políticas para la prevención y control del LA/FT son aplicables a todas sus operaciones y transacciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9	¿Indaga sobre las políticas o prácticas de prevención del LA/FT de sus clientes que sean entidades requeridas normativamente a tener sistemas de prevención de LA/FT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10	¿Su Institución tiene designado un Oficial de Cumplimiento o funcionario que lidere el programa / sistema de prevención y control del LA/FT? En caso afirmativo, proveer la siguiente información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nombre			Cargo	E-mail	Teléfono
	Dirección completa			Ciudad	País	
11	¿Su Institución tiene auditoria interna y/o externa que monitoree y/o audite el sistema de prevención del LA/FT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12	¿Su Institución realiza operaciones en efectivo? En caso afirmativo, ¿Su institución tiene procedimientos para identificar transacciones estructuradas que eviten el reporte de transacciones en efectivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13	¿Su Institución tiene un procedimiento para monitorear, identificar y reportar actividades o transacciones sospechosas a las autoridades respectivas, entre ellas a la UIAF (Unidad de Información y Análisis Financiero)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**3. Políticas y procedimientos**

No.	Pregunta	Si	No
14	¿Su Institución capacita a los funcionarios sobre el conocimiento adecuado de los clientes y para la prevención y control del LA/FT y conserva los registros de dichas capacitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	¿Su Institución emplea terceras partes para llevar a cabo alguna de las funciones del sistema de prevención y control del LA/FT de la Institución?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, ¿su Institución capacita en prevención y control de LA/FT a terceras partes relevantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	¿Su Institución realiza operaciones o tiene relaciones comerciales, directa o indirectamente, con entidades que no tengan presencia física en el país o en el exterior, denominadas compañías fachada, pantalla o de papel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	¿La Institución ha sido sancionada o investigada por: • ¿Incumplimiento en la regulación de prevención de lavado de activos o financiación del terrorismo? • ¿Procesos de lavado de activos o de financiación del terrorismo? En caso afirmativo, adjuntar detalles (fecha, motivo, autoridad y resultado o estado actual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de respuestas negativas en numerales 4, 5,6,7,8,11,13 y 14, ampliar información e indicar cómo mitigan los riesgos derivados de dichos aspectos, en este espacio o en anexo			

Certifico que he leído y entendido este cuestionario, que la información contenida en él es completa y correcta y que como Oficial de Cumplimiento o Representante Legal, estoy autorizado para diligenciarlo y suscribirlo en nombre de esta Institución.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Cargo

\_\_\_\_\_

Tipo y No. identificación

\_\_\_\_\_

Fecha

**10. Documentación requerida**

No.	Documento
1	Copia del Manual o documento sobre el programa/sistema para la prevención y control del riesgo de LA/FT, en caso que aplique según lo requerido en el numeral 2.
2	Información sobre sanciones o investigaciones a la entidad relacionadas con LA/FT, según lo requerido en el numeral 17, en caso que aplique.

**Para uso exclusivo de Bancóldex (Área de Cumplimiento)**

Revisado por	Fecha	Firma
	DÍA / MES / AÑO	
Aceptado	Firma	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		