

Formulario de solicitud de evaluación de seguridad para subvenciones

*Para reducir el riesgo y garantizar el cumplimiento de los elevados requisitos de selección de diversas legislaciones contra el lavado de dinero ("AML") y contra el terrorismo ("CTF") y las obligaciones de los donantes AML / CTF, se requiere que CI realice la debida diligencia para todos los beneficiarios de CI y proveedores de servicios ("destinatarios de fondos de CI"), que incluye selección contra listas de sanciones internacionales. Por lo tanto, se les pide a todos los posibles beneficiarios de financiamiento de CI que completen el Formulario de solicitud de revisión de seguridad ("Formulario") antes de que CI pueda celebrar acuerdos contractuales con los destinatarios de la financiación de CI.*

*Si se identifica una coincidencia entre un nombre filtrado proporcionado en el Formulario y una de las listas de sanciones, CI solicitará información adicional (por ejemplo, domicilio o fecha de nacimiento) de manera confidencial para eliminar la coincidencia y verificar la elegibilidad para el financiamiento.*

*Toda información de carácter personal suministrada como parte de este formulario de solicitud de inspección de seguridad se procesará de conformidad con las leyes y reglamentaciones de protección de datos vigentes. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de CI, consulte nuestro aviso de privacidad en* [*https://www.conservation.org/Pages/privacy.aspx*](https://www.conservation.org/Pages/privacy.aspx)*.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Razón social de la entidad o nombre legal de la persona física:** | |  | | | | |
| **2. Otros nombres o siglas de la entidad o persona física:** | |  | | | | |
| **3. Beneficiario(s) efectivo(s)** *Este término designa a la(s) persona(s) física(s) que en última instancia posean la titularidad de la entidad indicada en el punto 1.) o ejerzan el control de esta o a la persona física que en última instancia recibirá los fondos de CI. Incluya los nombres completos utilizando el formato nombre(s)/apellido(s).* | | | | | | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | |  | | | | |
| **4. ¿El Beneficiario destinado a recibir fondos de CI es un individuo o un propietario único?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No  *Si es así, complete las preguntas # 6 y # 7. Si No, complete las preguntas # 5 y # 6.* | | | | | | |
| **5. Miembros de la Junta Directiva:** *Proporcione los nombres completos en el formato de nombre (s) / apellido (s). No incluya títulos o posiciones. Inserte filas adicionales según sea necesario.* **Ejemplo:** Juan Alberto Sánchez Pérez | | | | | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| **6. Miembros del personal responsables de la gestión organizacional, la supervisión del proyecto, la contabilidad y transacciones bancarias:** *proporcione los nombres completos, en el formato de nombre (s) / apellido (s). Si la organización no cuenta con una persona que ocupe un puesto en la lista, déjelo en blanco. Enumere cada persona solamente una vez.* | | | | | | |
| Presidente |  | | Director Financiero | | |  |
| Principal Oficial Ejecutivo |  | | Contador | | |  |
| Secretario General |  | | Tenedor de Libros | | |  |
| Director Ejecutivo |  | | Los cheques los firma: | | |  |
| Gerente de Proyecto |  | | (Otro) | | |  |
| (Otro) |  | | (Otro) | | |  |
| (Otro) |  | | (Otro) | | |  |
| (Otro) |  | | (Otro) | | |  |
| (Otro) |  | | (Otro) | | |  |
| **7. Si la financiación de CI prevista es para una persona o el beneficiario final de los fondos de CI es una persona, complete la siguiente sección.**  ¿Es el posible Beneficiario de Fondos de CI, cualquiera de los familiares cercanos del Beneficiario de Fondos de CI o algún destinatario de los fondos de CI alguno de los siguientes? Las preguntas deben responderse independientemente del rango (rango alto / rango bajo) o si el individuo es compensado en su posición como empleado del gobierno o no, o si cumple una función de tiempo completo o parcial.   * ¿Un funcionario o empleado de una entidad gubernamental o cualquier departamento, agencia o instrumento del mismo?   \_\_\_\_\_\_ (Sí o No)   * ¿Un partido político, funcionario del partido o candidato para un cargo político?   \_\_\_\_\_\_ (Sí o No)   * ¿Un funcionario o empleado del Grupo del Banco Mundial y las Naciones Unidas?   \_\_\_\_\_\_ (Sí o No)   * ¿Una persona que actúa en una capacidad oficial para cualquiera de los anteriores, por ejemplo, miembros de familias reales, funcionarios y empleados de empresas estatales, parientes cercanos, miembros de la familia y asociados de un funcionario?   \_\_\_\_\_\_ (Sí o No)  Si la respuesta es "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, describa en qué medida el beneficiario final de los fondos, un familiar cercano del beneficiario final de los fondos o cualquier destinatario de los fondos de CI en virtud del acuerdo propuesto está en posición de influir en las decisiones oficiales o Actos que pueden tener un impacto en las actividades de CI:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |

*Al firmar este Formulario, el representante autorizado del posible Beneficiario de Fondos de CI certifica que la información proporcionada en este documento es verdadera y precisa a la fecha de ejecución. El representante autorizado del posible Beneficiario de Fondos de CI entiende que la inclusión intencional de información falsa, engañosa o fraudulenta en este Formulario o cualquier omisión de información importante con la intención de engañar, constituye fraude, y que CI considera que tal acción por parte del Beneficiario constituye una buena causa para rescindir inmediatamente este contrato unilateralmente sin previo aviso ni penalización, sin perjuicio de cualquier disposición en contrario en la interpretación del Contrato de Subvención propuesto por y entre CI y el Beneficiario de Fondos de CI.*

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Signatario Autorizado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_