



Fecha Reporte	DD	MM	AAAA	Operación:	Inusual <input type="checkbox"/>	Intentada <input type="checkbox"/>
					Sospechosa <input type="checkbox"/>	
Actos (corrupción, soborno, fraude, eventos críticos; entre otros): <input type="checkbox"/>				Cual? _____		
Lavado de Activos / Financiación del terrorismo / Armas de Destrucción Masiva <input type="checkbox"/>						
Contraparte	Cliente <input type="checkbox"/>	Proveedor <input type="checkbox"/>	Trabajador <input type="checkbox"/>	Otro, cual? _____		
IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA, DIRECTAMENTE VINCULADA CON LA OPERACIÓN A REPORTAR.						
Nombres y apellidos o Razón social				No de Identificación		
Dirección (sede principal/sucursales si aplica)	Teléfono	País		Ciudad		
Hechos o circunstancias a denunciar						
Descripción de las pruebas anexas.						
INFORMACIÓN DE QUIEN REPORTA						
Nombres y apellidos				Tipo y número de identificación		
Verificado por:						