



No. _____

DEPENDENCIA: _____

REGISTRO DE TRANSACCIONES EN EFECTIVO

(Artículo 23 y 24 de la Ley Especial contra el Lavado de Activos)

(Para ser completado por la institución o por la persona que realiza la transacción)

MONTO: _____

ORIGEN O DESTINO DE LOS RECURSOS: _____

I. TIPO DE TRANSACCIÓN

1. Depósitos <input type="checkbox"/>	4. Venta de Divisas <input type="checkbox"/>	7. Transferencias <input type="checkbox"/>
2. Retiros <input type="checkbox"/>	5. Pago de Cheques <input type="checkbox"/>	8. Monedas Conmemorativas <input type="checkbox"/>
3. Compra de Divisas <input type="checkbox"/>	6. Canje de Billetes o Moneda <input type="checkbox"/>	9. Otros <input type="checkbox"/>

II. PERSONA QUE REALIZA LA TRANSACCIÓN

1. No. De Identificación				2. Nombre Completo	No. B
Identidad	RTN Numérico	Pasaporte	Carné Residencia		
3. Género	4. Fecha de Nacimiento	5. Nacionalidad	6. Profesión u Oficio		
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
7. Dirección Domiciliaria			8. Municipio	9. Departamento	10. País
11. Tel. Residencia	12. Empresa donde Trabaja		13. Teléfono Trabajo		
14. Relación con la persona por cuenta de quien hizo la Transacción					

III. PERSONA POR CUENTA DE QUIEN SE REALIZA LA TRANSACCIÓN

1. No. De Identificación				2. Nombre Completo	No. B
Identidad	RTN Numérico	Pasaporte	Carné Residencia		
3. Género	4. Nacionalidad	5. Act. Económica (Persona Jurídica)		6. Profesión, Oficio u Ocupación	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
7. Dirección Domiciliaria			8. Municipio	9. Departamento	10. País
11. Teléfono	12. Relación con el Beneficiario o Destinatario				

IV. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO O DESTINATARIO

1. No. De Identificación				2. Nombre Completo	No. B
Identidad	RTN Numérico	Pasaporte	Carné Residencia		
3. Género	4. Nacionalidad	5. Act. Económica (Persona Jurídica)		6. Profesión, Oficio u Ocupación	
F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
7. Dirección Domiciliaria			8. Municipio	9. Departamento	10. País
11. Teléfono					

Certifico que los datos anteriores son veraces y correctos a mi conocimiento y autorizo a la Institución y a las autoridades para que puedan verificar la autenticidad de los mismos.

Lugar, Fecha y Hora

Firma de quien realiza la Transacción

V. CUENTAS AFECTADAS**PARA USO EXCLUSIVO DEL BANCO CENTRAL DE HONDURAS**

Indicar las Cuentas Afectadas

No. de Cuenta: _____

Tipo de Cambio _____

Nombre de la Persona que Completa el Formulario

Nombre y Firma del Funcionario Superior

Nombre y Firma Receptor/Pagador

Firma Jefe Departamento Cumplimiento