COOPERATIVA DE SERVICIOS INTERGRALES EL EDUCADOR HERRERANO, R. L.
FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
Acuerdo No. 05, Acta No. 26 – JUDI del 12/10/2020 Versión # 1

Fecha de actualización: _____ Tipo de Cliente: Asociado ☐ Cliente Externo ☐ No. _____

DATOS GENERALES

Nombres:		Apellidos:	
Fecha de nacimiento:	Cédula No.:	Sexo:	Seguro Social No.:
Teléfono residencial:	Celular:	Email:	
Tipo de Sangre:	Donante: ☐ Sí ☐ No	Estado Civil:	Cantidad de dependientes:
Lugar de nacimiento:		País de nacimiento:	
Nacionalidad:		País de residencia:	
Provincia de residencia:		Distrito de residencia:	
Corregimiento:		Calle, Urbanización o barriada:	
Cerca de:			Casa Nº:
Nombre y apellido de familiar cercano:	Parentesco:	Teléfonos:	

DATOS DEL TRABAJO

Lugar de trabajo:	Ocupación o Posición:	
Depto. o Sección:	Fecha de Ingreso al Trabajo:	Teléfono:
Dirección del Trabajo:	Salario Mensual: B/.	
Provincia de Trabajo:	Otros Ingresos: B/.	
Distrito y Corregimiento de trabajo:	Detalle de otros ingresos:	

REFERENCIAS

BANCARIAS	PERSONALES (NO FAMILIARES)
1. Institución:	1. Nombre:
Teléfono:	Teléfono o Celular:
Dirección:	Dirección:
2. Institución:	2. Nombre:
Teléfono:	Teléfono o Celular:
Dirección:	Dirección:

PERFIL FINANCIERO MENSUAL

INGRESOS	B/.	GASTOS	B/.
Salario:		Alimentación:	
Salario de Jubilado:		Luz:	
Honorarios por servicios profesionales:		Agua:	
Ingresos por Alquileres		Teléfono / Cable:	
Ingresos por Intereses de Ahorros:		Financieros:	
Otros ingresos:		Seguro Social y otros impuestos	
Detalle:		Hipoteca:	
		Gastos opcionales:	

PERFIL TRANSACCIONAL MENSUAL

	NO.	MONTO		NO.	MONTO
No. de Cheques a Depositar			No. de Cheques girados		
Depósitos en efectivo			Retiro en efectivo		
Transferencias enviadas			Transferencias enviadas		

CUMPLIMIENTO

¿Es usted una persona PEP (Persona Políticamente Expuesta) ☐ Sí ☐ No	¿Es usted familiar de un PEP? ☐ Sí ☐ No ☐ Esposo(a) ☐ hijo(a) ☐ Papá o Mamá ☐ Hermano (a)
Detalle puesto o cargo que ocupa:	¿Es usted trabajador de un PEP? ☐ Sí ☐ No
Comentario:	Persona políticamente Expuesta para quien trabaja:

FAMILIARES ASOCIADOS O AHORRISTAS EN LA COOPERATIVA (PN/PJ RELACIONADAS)

☐ Esposo(a) ☐ hijo(a) ☐ Papá o Mamá ☐ Hermano (a) Otro Parentesco detalle:

Nombre y apellido: Asociado o Cliente No:

BIENES

Casa: ☐ Propia ☐ Hipoteca ☐ Alquilado Vive con: ☐ Padres ☐ Familiares detalle:

Carro: ☐ Sí ☐ No Marca: Modelo: año:

CONSENTIMIENTO:

CONSIENTO Y AUTORIZO PARA QUE ESTA COOPERATIVA ME COMUNIQUE INFORMACION RELEVANTE A LOS PRODUCTOS, SERVICIOS Y ACTIVIDADES VARIAS, A TRAVES DE MI CORREO ELECTRONICO, TELEFONOS Y REDES SOCIALES, DECLARADAS EN ESTE FORMULARIO. ADEMAS FACULTO Y APRUEBO QUE ME INFORMEN POR DICHOS MEDIOS DE LAS EVENTUALES MOROSIDADES EN QUE INCURRA, SI INCURRO.

TODO ELLO A FIN DE GARANTIZAR LA PUNTUAL Y EFICIENTE RELACION COMERCIAL/SOCIAL ENTRE MI PERSONA Y ESTE EMPRESA COOPERATIVA.

DECLARACIÓN JURADA:

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, COMPLETA Y PROPORCIONA DE MODO CONFIABLE Y SE ENCUENTRA ACTUALIZADA SOBRE TODOS LOS ASPECTOS EN LOS CUALES SE HAN HECHO PREGUNTAS. QUE MIS ACTIVIDADES DE INGRESOS Y EL ORIGEN DE ESTAS ESTÁN ENMARCADOS DENTRO DEL ÁMBITO DE LA LEY, PROVIENEN Y SERÁN DE ACTIVIDADES O FINES LÍCITOS. COMPRENDO Y ACEPTO QUE SOY EL RESPONSABLE DE LA LEGITIMIDAD Y PROCEDENCIA DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DEPOSITADOS Y RETIROS REALIZADOS EN MI CUENTA. CUANDO SE TRATE DE TERCEROS AUTORIZADOS, GARANTIZO QUE SERÁN PERSONAS AMPLIAMENTE CONOCIDAS CON LAS CUALES MANTENGO RELACIONES LICITAS EN LAS TRANSACCIONES REALIZADAS EN MI CUENTA.

Fecha: _____ Firma: _____ Cédula: _____

PARA USO DE LA COOPERATIVA

Atendido por: _____ **Revisado por:** _____

Recomendaciones: _____

_____

PARA USO DE GERENCIA

Comentarios: _____

_____

_____

AUTOCERTIFICACIÓN FISCAL FATCA & CRS - PERSONA NATURAL

Esta Auto-Certificación tiene el propósito de identificar la nacionalidad y la residencia fiscal de todos los asociados, ahorristas y beneficiarios.

COOPACEH, R. L. se basará en la información proporcionada en este documento para satisfacer nuestras obligaciones en virtud de la Ley No.47 de 2016 (Cumplimiento impositivo Extranjeras – FATCA), así como la Ley No. 51 de 2016 (Intercambio de información para fines fiscales) y a los correspondientes acuerdos e intercambio de información tributaria suscritos por Panamá con los Estados Unidos de América y otros Gobiernos.

Datos Generales					
Nombre:				Apellidos:	☐ Asociado ☐ Cliente externo ☐ Beneficiario
País y fecha de nacimiento					
	Día	mes	Año	País	Cédula
Dirección de Residencia:					

AUTO-CERTIFICACIONES PARA FATCA & CRS			
¿Es usted ciudadano o residente de Estados Unidos?		¿Cuáles son sus países de residencia fiscal?	
No ☐	Sí ☐ (de ser afirmativo, llene abajo	País	ID Tributario en el país de residencia fiscal
Número TIN/SSN (No. de ID Tributario en EE.UU):		1.	1.
Si no tiene número de TIN/SSN, indique el motivo:		2.	2.
		3.	3.
		Si no tiene número de ID tributario, indique el motivo:	

Declaro que:

1. He examinado la información diligenciada en esta auto-certificación, y la misma es verdadera, correcta y completamente al mejor de mi conocimiento.
2. Conozco y acepto que COOPACEH, R. L. (en adelante la Cooperativa) está obligada bajo las leyes de su jurisdicción en temas de intercambio automático de información fiscal, a recopilar cierta información del estatus fiscal de sus cuentahabientes, por lo tanto he diligenciado esta Auto-Certificación y he entregado información en otros documentos y formularios de la COOPERATIVA.
3. Entiendo que el contenido de este formulario y la información titular de la cuenta, así como cualquier cuenta reportable, puede ser suministrada a la Dirección General de Ingresos (DGI) y a las autoridades competentes de otros países o jurisdicciones fiscales para la implementación del intercambio automático de información FATCA & CRS en virtud del acuerdo multilateral de autoridades competentes.
4. Certifico que soy el titular(o estoy autorizado para firmar en nombre del titular) de todas las cuentas con las cuales se relaciona este formulario.
5. Que por este medio me comprometo a notificar a ustedes, en un plazo no mayor a 30 días calendario, contados a partir de su concurrencia, mediante la presentación de una nueva declaración, cualquier cambio respecto a la información suministrada en esta declaración, que pudiera causar que la información en la misma fuera inexacta incompleta o incorrecta.

Firma: _____ Nombre: _____ # Identificación: _____

COOPERATIVA DE SERVICIOS INTEGRALES
EL EDUCADOR HERRERANO, R.L.
Chitré, Calle Luis Rios. Teléfonos: 996-0018 / 996-0774

Chitré, _____ de _____ de 20_____.

Señores
COOPACEH, R. L.
Ciudad de Chitré

Estimados señores:

El suscrito, _____, portador de la cédula de identidad personal número _____ ,actuando en mi propio nombre, con domicilio en _____, Corregimiento de _____, Distrito de _____, Provincia de _____, con número de teléfono fijo o celular _____ y correo electrónico _____ por este medio autorizo expresamente a **COOPACEH, R.L.**, para que, de conformidad con lo expresado en el artículo 24 y demás disposiciones aplicables de la Ley 24 del 22 de mayo de 2002 y sus reformas, y de conformidad con la Ley 81 del 26 de marzo de 2019 sobre Protección de Datos, y con respecto de APC BURÓ, S.A. o cualquier agencia de información de datos, banco o agente económico, capte, obtenga, solicite, recopile, registre, organice, estructure, almacene, conserve, adapte o modifique según lo que permita u ordene la ley, extraiga, consulte, utilice, comunique, transmita, intercambie, comparta, difunda (en aquellos casos en los que la ley lo permita u ordene), limite, suprima o destruya (en aquellos datos en los que la ley lo permita u ordene) y en cualquier otra forma trate dichos datos, con respecto de informaciones relacionadas con obligaciones o transacciones crediticias que mantengo o pudiera mantener con dichos agentes económicos, así como cualquier otro dato relacionado con mi persona y que sirvan a los fines específicos que se indican más adelante.

Queda entendido que el consentimiento antes otorgado autoriza a **COOPACEH, R.L.** para los actos indicados y autoriza a APC BURÓ, S.A. o cualquier otra agencia de información de datos o que maneje cualquier tipo de datos, para que, a su vez, capte, obtenga, solicite, recopile, registre, organice, estructure, almacene, conserve, adapte o modifique según lo que permita u ordene la ley, extraiga, consulte, utilice, comunique, transmita, intercambie, comparta, difunda (en aquellos casos en los que la ley lo permita u ordene), limite, suprima o destruya (en aquellos datos en los que la ley lo permita u ordene) y en cualquier otra forma trate dichos datos, con respecto de informaciones relacionadas con obligaciones o transacciones crediticias que la empresa que represento mantiene o pudiera mantener con dichos agentes económicos de la localidad, así como cualquier otro dato relacionado con dicha empresa y que sirvan a los fines específicos que se indican más adelante.

Los fines para los cuales se otorga la autorización establecida en este documento son: información sobre el historial de crédito, información o predicción sobre comportamiento, información de diversas situaciones jurídicas, información sobre obligaciones con el Estado, aplicación de procedimientos científicos necesarios a las referencias de crédito y/o a los datos descritos anteriormente, a fin de proporcionar cualquier tipo de score, puntuación o índice con relación a las referencias crediticias y/o datos, elaboración de perfiles o segmentaciones, aplicación de métodos científicos y/o estadísticos para la determinación de hábitos de consumo, ya sea para el ofrecimiento de productos o servicios o para la elaboración de datos estadísticos, ofrecimiento de recomendaciones a la empresa firmante de la autorización y/o para la elaboración de estudios de mercado.

COOPACEH, R.L. y APC BURÓ, S.A. quedan autorizadas a captar, obtener, solicitar, recopilar, registrar, organizar, estructurar, almacenar, conservar o modifique según lo que permita u ordene la ley, extraiga, consulte, utilice, comunique, transmita, limite, suprima o destruya, datos de la empresa que represento para prevenir el fraude de identidad, incluyendo sin limitar, aquellos de los que trata el numeral 6 del Artículo 30 de la Ley 24 de 2002.

Así mismo, autorizo a **COOPACEH, R.L. y APC BURÓ, S.A.** a consultar el Sistema de Verificación de Identidad (SVI) del Tribunal Electoral con el objetivo de validación de mis datos de identificación.

Declaro que la anterior autorización se otorga de manera libre y voluntaria, por lo cual exonero de cualquier consecuencia o responsabilidad resultante del ejercicio por cualesquiera autorización contenida en la presente carta a **COOPACEH, R.L.,** a sus empleados, ejecutivos, directivos, así como cualquier compañía que por una operación de cesión, administración o compra de cartera adquiera los derechos de mi crédito.

Igualmente, declaro que he recibido información con relación a la finalidad de ofrecimiento de los productos que **COOPACEH, R.L. y APC BURÓ, S.A.** han desarrollado y estarán desarrollando.

COOPACEH, R.L. y APC BURÓ, S.A. no utilizarán los datos recopilados de acuerdo con este documento para fines distintos a los establecidos en este documento ni para fines incompatibles con aquellos para los cuales los datos fueron recopilados y pudiendo ser portados a otro agente económico a solicitud de mi persona en lo que respecta a aquellos datos que son regulados por la Ley 81 del 26 de marzo de 2019 sobre Protección de Datos.

Atentamente,

_____

Firma de autorización
Cédula / Pasaporte No. _____