Auto-certificación Entidades

Sección I - Tipo de Entidad

A. Nombre legal de la Entidad:
Banco General, S.A.

B. País de constitución u organización:
Panamá

C. Dirección Actual:

País de residencia:	Panamá
N°. Casa/N°.Apartamento, Calle, Avenida:	Calle Aquilino de la Guardia, 5ta. Ave B Sur, Torre Banco General
Estado, Provincia, Ciudad	Panamá
Código postal (cuando aplique):	

D. Dirección postal:

País de residencia:	
N°. Casa/N°.Apartamento, Calle, Avenida:	
Estado, Provincia, Ciudad	
Código postal (cuando aplique):	

Sección II - Tipo de Entidad, indique el estado del titular de la cuenta marcando una de las siguientes casillas

1. **(a)** Institución financiera: entidad de inversión

   i. Entidad de Inversión ubicada en una jurisdicción no participante y administrada por otra institución financiera (Nota: Si marca esta casilla 1(a)(i), también complete la secciones 2(a) y 2(b) a continuación para personas controlantes). ☐

   ii. Otra Entidad de Inversión ☐

   (b) Institución financiera: institución de depósito, institución de custodia o compañía de seguros específica. [x]

   Si marcó la casilla (a) o (b), por favor proporcione, si lo tiene, el Número de Identificación de Intermediario Global (GIIN) obtenido para propósitos de FATCA:

7	W	L	E	H	W	.	0	0	0	0	0	.	L	E	.	5	9	1

(c) NFE activa: una sociedad cuyas acciones se comercializan regularmente en un mercado de valores establecido o una sociedad que es una entidad relacionada de dicha sociedad. ☐

Si marca esta casilla (c), indique el nombre de un mercado de valores establecido en el cual se comercializan regularmente las acciones:

_____

Si usted está vinculado a una sociedad que cotiza en bolsa, ingrese el nombre de la sociedad cuyas acciones se cotizan en bolsa y a la cual usted está vinculado:

_____

(d) NFE activa: una entidad gubernamental o Banco Central ☐

(e) NFE activa: una organización internacional ☐

(f) NFE activa: otra que no sea (c) (d) o (e) (Ver apéndice para la definición de otras NFE activas) ☐

(g) NFE pasiva (Nota: Si marca esta casilla 1(g), también complete las secciones 2(a) y 2(b) a continuación) ☐

2. Personas controlantes: Si ha marcado la Sección 1(a)(i) o 1(g) más arriba, realice lo siguiente:

a) Indique el nombre de cualquier persona de control del titular de cuenta:

_____

b) Suministre un *Formulario de autocertificación para personas que ejercen el control*" para cada persona de controlante por separado.

Sección III – Jurisdicción de Residencia Fiscal y Número de Identificación Fiscal (TIN) o equivalente funcional.

Por favor, complete el siguiente cuadro indicando, (i) lugar(es) donde el titular de la cuenta es residente fiscal, (ii) número de identificación fiscal (TIN) para cada país/jurisdicción indicada.

Si el titular de la cuenta no es residente fiscal en ningún país/jurisdicción, indique su lugar de administración efectiva o el país en el que se ubica su sede central, en la línea 1.

Si la persona que ejerce control es residente en más de 5 países por favor utilice una hoja adicional.

Si no es posible obtener el TIN por favor indique el motivo, **A o B**.

Motivo A: el titular de la cuenta reside en una jurisdicción que no emite TIN.

Motivo B: el titular de la cuenta no puede obtener el TIN o su equivalente.

País/Jurisdicción de Residencia		TIN o equivalente*	En caso de no tener TIN, indique el motivo A o B.
1	**Panamá**	**280-134-61098 D.V. 02**	
2			
3			
4			
5			

Por favor explique los motivos por los que no se puede obtener el TIN, (Motivo B)

_____

Sección IV – Declaración y Firma

Entiendo que la información suministrada, está cubierta por las disposiciones y condiciones que rigen la relación del titular de la cuenta con *Inserte (Nombre de Institución Financiera)* y por lo tanto (*Inserte Nombre de Institución Financiera)* puede usar y trasladar la información a la Dirección General de Tributación.

Autorizo a que la información contenida en este formulario y la información relativa al titular de la cuenta así como cualquier cuenta(s) reportable(s) se traslade para la implementación del intercambio automático de información CRS en virtud del Acuerdo Multilateral de Autoridades Competentes.

Certifico que estoy autorizado para firmar en nombre del titular de la cuenta, de toda la cuenta(s) a la que se refiere este formulario.

Me comprometo a informar a *(Nombre de Institución Financiera)* dentro de 30 días hábiles, si ocurre algún cambio en las circunstancias que afecte el estatus de residencia fiscal de la persona indicada en la parte I de este formulario o si ese cambio genera que la información contenida en el presente documento pueda convertirse en incorrecta o incompleta, en ese sentido me comprometo a proporcionar a *(Nombre de Institución Financiera)* la actualización de esta Auto certificación y declaración en un plazo 30 días hábiles posteriores a que ocurra el cambio en las circunstancias mencionadas.

Firma:

_____

Nombre: _____

Fecha: _____

Nota: Si usted no es el titular de la cuenta, por favor indique la calidad bajo la cual está actuando y adjuntar copia certificada del poder.

Calidad:_____