

Auto Certificación CRS – Persona que Ejerce el Control

Sección I – Identificación de Persona que Ejerce el Control.

A. Nombre completo de la persona que ejerce el control:

B. Fecha y Lugar de Nacimiento:

C. Dirección Residencial:

¿Tiene usted residencia fiscal (obligaciones tributarias) en cualquier otro país distinto a Panamá? Sí No

En caso de responder Sí, favor detallar la dirección fiscal; si su respuesta es No, favor pasar al literal D.

País de Residencia:	No. de Casa, No. Apartamento, Barrio, Calle/número, Avenida	Estado, Provincia, Ciudad, Municipio	Código Postal
1.			
2.			
3.			

D. Dirección Postal:

¿Tiene usted Dirección Postal en cualquier otro país distinto a Panamá? Sí No

En caso de responder Sí, favor detallar su dirección postal en el siguiente campo, si su respuesta es No, favor pasar al Literal E.

País de Residencia:	No. de Casa, No. Apartamento, Barrio, Calle/número, Avenida	Estado, Provincia, Ciudad, Municipio	Código Postal
1.			
2.			
3.			

E. Por favor ingrese el nombre legal de las entidades sobre las cuales usted es una persona que ejerce control

Nombre Legal de la Entidad 1	
Nombre Legal de la Entidad 2	
Nombre Legal de la Entidad 3	

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

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

Si la persona que ejerce el control es residente en más de 4 países por favor utilice una hoja adicional.

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

Motivo A: reside en una jurisdicción que no emite TIN a sus residentes.

Motivo B: no puede obtener el TIN o su equivalente.

País de Residencia	TIN o equivalente	En caso de no revelar TIN, Indique el motivo A o B.
1.		
2.		

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

Sección III – Declaración y Firma

Entiendo que la información suministrada, está cubierta por las disposiciones y condiciones que rigen la relación del titular del Fideicomiso con Global Financial Funds Corp. y por lo tanto Global Financial Funds Corp. puede usar y trasladar la información a las autoridades competentes. Igualmente autorizo a la Fiduciaria a suministrar toda la información requerida conforme así lo soliciten las autoridades nacionales de Panamá, o cualquier jurisdicción en cumplimiento del intercambio automático de información CRS en virtud del Acuerdo Multilateral entre Autoridades Competentes (MCAA), por intermedio de las autoridades correspondientes.

Certifico que soy la persona que ejerce el control, o estoy autorizado para firmar en nombre de la persona que ejerce el control, en la persona jurídica que actúa como fideicomitente u otro participante en el fideicomiso.

Bajo la gravedad de juramento certifico que la información proporcionada en este formulario es veraz, correcta y completa.

Me comprometo a informar a la Fiduciaria, dentro de 45 días posteriores a que ocurra cualquier cambio relacionado con la información arriba suministrada que afecte el estatus de residencia fiscal del cliente identificado en la Sección I de este formulario o cause que la información contenida en el presente documento sea incorrecto, en ese sentido me comprometo a proporcionar a Global Financial Funds Corp. la actualización de esta Auto Certificación.

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

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

Calidad: _____