

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA.

SOLICITUD DE INGRESO #:

Código Socio:

Número Archivo:

Tipo Persona:

Oficina

:

Nombre del Socio:

Tipo de Identificación:

ID:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Estado Civil:

Género:

Ocupación:

Etnia:

Como se Entero:

Domicilio:

Teléfono(s):

Celular:

Pais/Provincia/Canton/Secto

r: Actividad Económica:

Correo

Electrónico:

Observaciones:

Cargo:

Dirección:

Teléfono:

Lugar de

Trabajo:

Expuesto Políticamente:

Referencias Personales:

ACTIVO PASIVO

Codigo	Descripcion	Valor	Codigo	Descripcion	Valor
1.01.01.001	DINERO EN EFECTIVO				
1.02.01	MUEBLES Y ENSERES				
Total ==>			Total ==>		

PATRIMONIO ==>

INGRESOS

Codigo	Descripcion	Valor	Codigo	Descripcion	Valor
4.09	OTROS		5.01	ALIMENTACION	
			5.02	EDUCACION	
			5.03	SERVICIOS (LUZ, AGUA, Telf)	
			5.04	ARRIENDO	
			5.05	TRANSPORTE	
			5.06	VESTIDO	
			5.07	SALUD	
			5.13	PENSIONES ALIMENTICIAS	
			5.14	PAGOS DE CREDITOS	
Total ==>			Total ==>		

Nota

Me comprometo a acatar los Estatutos y Reglamentos de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ISABEL LTDA.

Lugar y Fecha:

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que la información arriba indicada es correcta y verdadera, entiendo que esta información será leída y revisada por las autoridades quienes la podrán considerar para todos los efectos legales. Eximo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ISABEL LTDA. de toda responsabilidad, inclusive de terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Conocedor(a) de las disposiciones de la Ley para reprimir el lavado de activos, autorizo expresamente a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ISABEL LTDA., a realizar los análisis y verificaciones necesarias, así como a las autoridades competentes en caso de llegar a determinar la existencia de operaciones y/o transacciones inusuales o injustificadas. En virtud de lo autorizado, Renuncio a instaurar por este motivo cualquier tipo de acción civil, penal o administrativa en contra de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA.

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: El suscrito autoriza a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ISABEL LTDA. el tratamiento de mis datos personales para todo lo relacionado con la administración de las cuentas de ahorros, su uso en los diferentes servicios y productos financieros y no financieros, promociones, uso en operaciones de crédito. Autorizando el envío a otras empresas tales como: Proveedor de Core financiero; proveedores de información crediticia; proveedores de venta de seguros obligatorios o voluntarios; empresas de servicio de mensajería, empresas que brinden centros de contacto; Auditores externos, autoridades de fiscalías, judiciales y de control, personas naturales y empresas de servicios legales, de cobranzas y/o recuperadoras de cartera, conforme lo determinado en el numeral 9 de "Transferencia o comunicaciones de datos personales", de la Política de Protección de Datos Personales de la Cooperativa, la que he aceptado luego de haber leído y entendido, en el documento físico o en digital que me han proporcionado previo a continuar con la solicitud de socio y apertura de cuenta y/o actualización de información, la misma que además se me informa encontrarse en la página Web de la Cooperativa, al que puedo acceder libremente. Conozco que mis derechos respecto a la protección de datos personales los podré ejercer en cualquier momento, conforme lo determinado en la política de protección de datos personales que es aceptada al suscribir este contrato.

El/La Cuenta Ahorrista exime a la Cooperativa por cualquier inconveniente que se pueda suscitar en el futuro por si mis declaraciones realizadas en el caso de ser falsas e incompletas.

Acepto que la Cooperativa de Ahorro y Crédito Santa Isabel Ltda. dará el tratamiento a mis datos personales de acuerdo con su interés legítimo y a la finalidad del giro del negocio, conociendo que en cualquier momento y de forma gratuita podré ejercer mis derechos de acuerdo a la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que me permite aceptar o no, una o varias finalidades.

Firma Solicitante

Firma Representante

Realizado por: _____

Fecha de Actualización: _____

Conforme a las regulaciones del Estándar Común de Reportes (CRS por sus siglas en inglés) en el marco de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, lo establecido en la Disposición General primera de la Ley Orgánica para la Reactivación de la Economía, Fortalecimiento de la Dolarización y Modernización de la Gestión, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 150 de 29 de diciembre de 2017 y según lo señalado en la Resolución NAC_DGERCGC19-00000003 del Servicio de Rentas Internas, publicada en el Suplemento del Registro Oficial No. 428 de 14 de febrero de 2019, se ha dispuesto la obligación de reportar información específica sobre la residencia fiscal de una cuenta.

Con el objeto de dar cumplimiento con la normativa expuesta, se ha implementado el presente formulario de auto- certificación a fin de que los datos registrados en el mismo sean transmitidos al Servicio de Rentas Internas que a su vez podrá enviar esta información a las autoridades fiscales de otras jurisdicciones en virtud de acuerdos intergubernamentales para intercambiar información de cuentas financieras.

Por favor lea estas instrucciones antes de llenar el formulario.

¿Quién debe llenar este formulario?

- La persona natural que sea titular de una o varias cuentas.
- En caso de poseer cuentas conjuntas o a nombre de varias personas, cada titular debe firmar este Formulario de Auto- certificación.
- No llene este formulario si usted representa a una sociedad o empresa, en su lugar, debe presentar un Formulario de Auto- certificación de Residencia Fiscal para SOCIEDADES.

Puede encontrar más información, incluida una lista de jurisdicciones que han firmado acuerdo para intercambiar información automáticamente, junto con los detalles de la información solicitada en el portal de la OECD en la sección "Automatic Exchange of Information": <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/>.

A. IDENTIFICACIÓN DEL CUENTAHABIENTE

Nombre de la persona:			
Fecha de Nacimiento			
Dirección permanente de residencia (calle, número, piso, departamento)			
Referencia:			
CIUDAD	PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	PAÍS

B. RESIDENCIA FISCAL DEL CUENTAHABIENTE

1) ¿Es una persona estadounidense para fines fiscales?	SI NO X
2) ¿Es residente de cualquier otro país distinto de Estados Unidos para fines fiscales?	SI NO X

C. CERTIFICACIÓN Y COMPROMISO

Por este medio certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y completa.

- Autorizo a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA., a proporcionar, directa o indirectamente, la información contenida en este formulario y/o una copia del mismo a cualquier autoridad fiscal pertinente o parte autorizada para auditar o realizar un control similar de la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA. para fines fiscales, así como a divulgar a tales autoridades fiscales o tal parte cualquier información adicional que pudiese poseer la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA. y que es pertinente para mi calificación para cualquier beneficio reclamado con base en esta certificación.
- Acepto que la información contenida en este formulario y la información relacionada con mis cuentas en la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA. (incluso la información sobre los saldos de cuentas y pagos recibidos) se notifique a las autoridades fiscales pertinentes, y que estas autoridades proporcionen esta información a cualquier otro país enumerado en la lista anterior como a un país en el cual soy residente para fines fiscales.
- Me comprometo a avisar inmediatamente a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA., sobre cualquier cambio en las circunstancias que motive que la información contenida en este documento sea incorrecta y a proporcionar a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO SANTA ISABEL LTDA., un formulario actualizado y apropiado de Auto-certificación de Residencia Fiscal en un plazo de 30 días a partir de la fecha del cambio en las circunstancias.

Firma	Fecha
Identificación	(AAAA/MM/DD)
Nombre del firmante	Calidad en la que funge el firmante (si el formulario no es firmado por el propietario beneficiario)

FECHA IMPRESIÓN:

CONTRATO PARA LA APERTURA DE CUENTA DE AHORRO EN LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO "SANTA ISABEL" LTDA.

La Cooperativa de Ahorro y Crédito Santa Isabel Ltda., que en adelante se denominará la "Cooperativa"; y, por otra, el (la) socio(a) _____ del presente contrato a quién se denominará él/la cuenta ahorrista, que al presentar su solicitud de ingreso como socio y al aperturar la cuenta de ahorros, acepta y se somete a las leyes vigentes en el Ecuador y en especial al Código Orgánico Monetario y Financiero, la Ley Economía Popular y Solidaria, las resoluciones de la Junta de Política de Regulación Financiera y la Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, al Reglamento de Ahorros de la Cooperativa y demás normativa aplicable.

El/La Cuenta Ahorrista declara que conoce y acepta:

1. Haber recibido y leído, en este mismo acto, el Reglamento de Ahorros de la Cooperativa, que lo acepto y me sujeto a cumplir las condiciones, obligaciones y derechos allí constantes;
2. Que la cooperativa se reserva el derecho, en cualquier momento, atendiendo a la normativa externa e interna puede modificar los términos y condiciones de manejo y administración de cuentas de ahorros, para lo cual LA COOPERATIVA me informará previa y oportunamente de una forma clara oportuna, transparente y suficiente;
3. Que es obligación del suscrito del/la cuenta ahorrista, actualizar su información personal en forma periódica, cuando así lo exija la Cooperativa y lo podrá hacer de forma presencial o por cualquier canal de comunicación que LA COOPERATIVA ponga a disposición de los usuarios;
4. Que el dinero depositado en mi cuenta de ahorros se encuentra garantizados por un Seguro de Depósitos que cubrirá según lo determinado por la ley, de acuerdo con el segmento que pertenece la cooperativa;
5. Que, para tener derecho a la ayuda por fallecimiento del titular de la cuenta de ahorros, se me ha informado que debo cumplir con los siguientes requisitos:
 - 5.1. Ser socio de la cooperativa por lo menos seis meses o mantener un crédito vigente a la fecha del fallecimiento.
 - 5.2. Haber pagado el certificado de aportación al menos por el valor de veinte dólares (USD 20).
 - 5.3. Mantener en la cuenta de ahorros un saldo mínimo de veinte dólares (USD 20) a la fecha del fallecimiento.
 - 5.4. Los valores referidos podrán cambiar según las políticas establecidas por la Cooperativa, lo que se me informará oportunamente.

Ayuda mortuoria que se pagará a mis herederos de acuerdo con las condiciones del contrato que la Cooperativa suscriba con las empresas aseguradoras.

6. Que el dinero depositado en esta cuenta de ahorros, serán en dólares de los Estados Unidos de América;
7. Que el pago podrá ser en efectivo, cheques, y mediante transacciones interbancarias, según las políticas de LA COOPERATIVA, las que consideraré al momento de solicitar el retiro de dinero;
8. Que la cuenta de ahorros lo puedo administrar directa y personalmente o mediante poder, carta poder y/o usando los canales virtuales, para lo cual aceptaré los términos y condiciones que consten en el respectivo Acuerdo;
9. Que los retiros de dinero de mi cuenta de ahorros lo podré realizar directamente o por personas autorizadas en poderes, cartas poderes, en autorizaciones en papeletas de retiro; y, mediante el uso de canales virtuales, sobre los que asumo total responsabilidad;
10. Conozco y acepto las tasas de intereses pasivas que la Cooperativa tiene establecida para sus diversos productos de ahorros;
11. El dinero podré usarlo, retirar y transferir mediante canales virtuales, tarjetas de débito y cajeros automáticos, siendo mi responsabilidad el manejo y cuidado de Claves, código Pin y Tokens temporales;
12. Que la cooperativa pone a mi disposición los medios y canales digitales de comunicación para realizar mis reclamos, quejas y sugerencias por escrito y/o verbalmente por los diferentes servicios y productos incluidos los que presta por canales virtuales;
13. Me comprometo a mantener una conducta ética, transparente, leal a los principios y valores cooperativistas.

DECLARACIÓN DE LICITUD DE FONDOS

Como cuenta ahorrista declara que los orígenes de los fondos entregados a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Santa Isabel Ltda., son lícitos y no provienen de ninguna actividad relacionada con la producción, consumo, comercialización de sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas o cualquier otra actividad ilícita y financiamiento del terrorismo que se encuentren tipificadas como delitos en la legislación ecuatoriana. AUTORIZO a la COOPERATIVA a que obtenga de la SEPS, Superintendencia de Compañías y Seguros Páginas OFAC, ONU, CONSEP, GAFI y otras, la información necesaria para cumplir los objetivos relacionados con la prevención de lavado de activos; realice el análisis pertinente e informe documentadamente a las autoridades competentes en caso de investigación y/o determinación de presuntas transacciones inusuales o sospechosas.

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: El suscrito autoriza a la COOPERATIVA DE

AHORRO Y CREDITO SANTA ISABEL LTDA., "COOPSI" el tratamiento de mis datos personales para todo lo relacionado con la administración de las cuentas de ahorros, su uso en los diferentes servicios y productos financieros y no financieros, promociones, uso en operaciones de crédito. Autorizando el envío a otras empresas tales como: Proveedor de core financiero; proveedores de información crediticia; proveedores de venta de seguros obligatorios o voluntarios; empresas de servicio de mensajería, empresas que brinden centros de contacto; Auditores externos, autoridades de fiscalías, judiciales y de control, personas naturales y empresas de servicios legales, de cobranzas y/o recuperadoras de cartera, conforme lo determinado en el numeral 9 de "Transferencia o comunicaciones de datos personales", de la Política de Protección de Datos Personales de la Cooperativa, la que he aceptado luego de haber leído y entendido, en el documento físico o en digital que me han proporcionado previo a continuar con la solicitud de socio y apertura de cuenta y/o actualización de información, la misma que además se me informa encontrarse en la página Web de la Cooperativa, al que puedo acceder libremente. Conozco que mis derechos respecto a la protección de datos personales los podré ejercer en cualquier momento, conforme lo determinado en la política de protección de datos personales que es aceptada al suscribir este contrato.

El/La Cuenta Ahorrista exime a la Cooperativa por cualquier inconveniente que se pueda suscitar en el futuro por si mis declaraciones realizadas en el caso de ser falsas e incompletas.

Acepto que la Cooperativa de Ahorro y Crédito Santa Isabel Ltda. dará el tratamiento a mis datos personales de acuerdo con su interés legítimo y a la finalidad del giro del negocio, conociendo que en cualquier momento y de forma gratuita podré ejercer mis derechos de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que me permite aceptar o no, una o varias finalidades.

AUTORIZACIONES:

PARA CONSULTA, VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

El/La cuenta ahorrista o socio, AUTORIZO a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO SANTA ISABEL LTDA "COOPSI", y a su personal autorizado, realicen consultas mediante el acceso al Sistema Nacional de Identificación Ciudadana del REGISTRO CIVIL DEL ECUADOR y verifiquen mi información personal (nombres, apellidos, número de cedula, edad, estado civil) y en otras páginas de acceso público o restringidas, la procesen y analicen la información.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITOS:

Autorizo que se efectúe el débito de valores mediante notas de débito por los costos generados por la pérdida de comprobantes de depósito, comisiones por servicios, transferencias; para el pago de servicios no financieros que he solicitado y/o acordado se lo haga directamente a las empresas proveedoras (servicios básicos, SRI, IESS, telefonía fija y móvil).

EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDADES:

El/La suscrito/a, en calidad de cuenta ahorrista o socio, exime a la Cooperativa por el manejo de mi cuenta de ahorros ya sea en las diferentes transacciones de depósitos y retiros que se efectúen personalmente y/o por terceras personas, sean estos apoderados, autorizados en papeletas o en carta de autorización y/o por el manejo en la web transaccional, aplicación móvil, tarjetas de débito, retiros en ventanillas, cajeros automáticos, asumiendo la absoluta responsabilidad sobre toda transacción. Siendo mi obligación de informar oportunamente y en los canales de comunicación establecidos los incidentes y eventualidades que se pudiesen presentar y mitigarlos de manera ágil y oportuna pero que no he realizado inmediatamente.

Declaro que la Cooperativa me ha informado de forma oportuna, veraz, clara, transparente y suficiente respecto a los productos de ahorros. La información que he recibido se refiere a mis derechos, obligaciones, uso y manejo de los productos de ahorro de manera física y por canales electrónicos, haciendo énfasis en la confidencialidad, cuidado y control de claves o contraseñas, asumiendo la responsabilidad directa, sobre su uso y consecuencias que sean atribuidas a el/la cuenta ahorrista.

La COOPERATIVA me ha informado que tengo el derecho de solicitar la inmovilización o bloqueo temporal del dinero que se encuentre en mi cuenta de ahorros, siempre que justifique debidamente la necesidad o motivo. Así mismo se me ha informado que el dinero que se encuentre depositado en mi cuenta de ahorros, o así como cualquier depósito futuro, podrá ser retenido en cumplimiento de disposiciones u ordenes emitidas por autoridad o juez competente. Dichos fondos únicamente podrán ser liberados mediante orden expresa de la misma autoridad que haya dispuesto la retención.

SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS O CONFLICTOS:

El socio/cliente o usuario, libre y voluntariamente, previo a realizar las acciones de reclamos, denuncias ante las autoridades de control y judiciales, convengo y me comprometo de forma expresa a tratar de solucionar de forma directa a través del diálogo. De no ser posible, presentaré el reclamo o queja ante la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cooperativa; de no solucionarse en esta comisión, presentaré como uno de los requisitos para reclamos ante las autoridades competentes de control, el acta suscrita ante la Comisión de Solución de Conflictos con la razón "de no acuerdo"; Sin este documento no podrá presentar las acciones administrativas y judiciales, que lo creyere que me asiste.

En caso de juicios me sujeto a los jueces competentes del domicilio de la Cooperativa o al de los lugares a la que elija la Cooperativa emprender las acciones y al procedimiento establecido en la ley

Forma parte de este contrato, el registro de firmas y la autorización de manejo de cuenta de ahorros concedida a favor de la persona designada y el Reglamento de Ahorros.

ACEPTACIÓN:

En fe de la aceptación incondicional del contrato al que me adhiero voluntariamente, firmo en Santa Isabel, a los
del mes de del año

Por la Cooperativa

F.- _____

ING. IVAN SARMIENTO AREVALO

F.- _____

Socio/cliente

Cédula:

DECLARACIÓN DE REGISTRO DE FIRMA

Yo _____ que en esta fecha _____ al haber presentado la
solicitud de admisión como socio o cliente de la Cooperativa de Ahorro y Crédito "Santa Isabel" Ltda., que la firma y
rúbrica que constan en la solicitud de socio y la que consta en esta suscripción será la que utilizaré dentro de
las transacciones de depósito y retiro de dinero y más documentos que la Cooperativa requieran sea suscrito
por el compareciente, por cuanto es la que uso tanto en mis actos y contratos privados y públicos, al ser similar
o igual a la que consta en mi cédula de ciudadanía.

F.- _____
C.C.- _____

Registra Autorización para manejo de cuentas:
Fecha:

Registra Poder para administrar cuenta:
Fecha:

Oficial que procesa el Registra la Autorización

F.- _____