

ID CLIENTE:

1. DATOS DEL SOLICITANTE

PERSONA JURÍDICA

Razón Social:

NIT N°:

Rubro Principal:

Nombre Comercial:

Servicio y/o Productos que ofrece:

Tipo de sociedad

S.A.

S.R.L.

Unipersonal:

S.A.M.

LTDA.

Otro:

N° de Matrícula de Comercio:

Fecha de Constitución: (dd/mm/aa):

DATOS DE UBICACIÓN Y CONTACTO

Avenida:

Calle:

N°:

Barrio/Zona:

Ciudad:

Edificio:

N° Departamento/Oficina:

Manzana:

UV:

Casilla:

Teléfono(s):

Celular:

Fax:

Proporcionará información a INFOCENTER S.A.:

SI

NO

Correo Electrónico:

Página Web:

RESPONSABLE DEL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN (PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN A INFOCENTER S.A.)

Nombre(s) 1er. Nombre:

2do. Nombre:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Apellido Casada:

N° C.I.:

-

Ext.:

Correo Electrónico:

Cargo:

Fecha preferida para envío de información (dd/mm/aa):

2. DATOS DEL PROPIETARIO, REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO

	1er. Nombre	2do. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	N° C.I.	Ext.
1							
2							
3							

Dirección (Domicilio Particular):

Teléfono(s):

Celular:

Correo Electrónico:

1				
2				
3				

3. PERSONAS AUTORIZADAS PARA SOLICITAR Y RECIBIR SERVICIOS

	1er. Nombre	2do. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Apellido de Casada	N° C.I.	Ext.
1							
2							
3							
4							
5							

	Cargo	Correo Electrónico	Sucursal o Ciudad	Rol
1				
2				
3				
4				
5				

(*) Super Usuario.

En el momento de la afiliación se activará automáticamente el acceso via Web, Fax y Ventanilla a todos los usuarios autorizados. El superusuario es la persona responsable de administrar los permisos y estados de los usuarios relacionados al Id Cliente.

4. PLAN TARIFARIO

Tipo de Plan:

Tipo de Agrupación: Matriz - Sucursal:

Matriz (único):

Nombre de la Matriz:

5. FORMA DE PAGO Y FACTURACIÓN

Efectivo/Cheque/Transferencia:

Contacto de Cobranza:

Correo electrónico para envío de Factura:

Facturar a nombre de:

NIT N°:

Tipo de Facturación:

Matriz:

Sucursal:

Matriz:

(única)

Conozco y acepto el contrato de prestación de servicios de INFOCENTER S.A., el Manual de Procedimientos, el Reglamento Operativo, el Manual de Usuario y el Tarifario, además del Reglamento de Constitución y Funcionamiento de Burós de Información (BI).

AUTORIZACIÓN

Por medio del presente formulario autorizo expresamente a INFOCENTER S.A., para que por medio de sus funcionarios facultados realice investigación y verificaciones de mi persona y/o empresa, a través de los servicios de INFOCENTER S.A., o de cualquier otro Buró de Información, para conocer la situación que presento respecto a mis obligaciones y antecedentes financieros, comerciales, tributarios, laborales, de seguro o cualquier otra información vinculada o las características históricas y presentes de mi pasivo de acuerdo con lo establecido en el Reglamento de Constitución y Funcionamiento de Burós de Información (BI).

Asimismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará o que se proporcionará, el uso que INFOCENTER S.A. hará de tal información, pudiendo a su vez realizar consultas periódicas de mi historial, considerando que esta autorización se encuentra vigente por un periodo desde la firma de esta solicitud o durante el periodo en que se mantenga nuestra relación y se extenderá por dos años más a la finalización del contrato.

Autorizo a INFOCENTER S.A. a incluir los datos declarados en el presente formulario, en sus bases de datos y proporcionar esta información a terceros, dentro de su giro social, sin ninguna restricción.

DECLARACIÓN PARA PEP

• ¿Es usted una persona considerada Persona Políticamente Expuesta o Públicamente Expuesta (PEP)? SI.....NO..... • Si la respuesta anterior fue afirmativa, indique el nombre del cargo.....y Nombre de entidad Pública/Privada donde llegó a ser considerado PEP..... • Brinde información de sus familiares y/o allegados: Nombre Completo.....Tipo de N° de Doc. Ident.....Parentesco..... • Nombre Completo.....Tipo de N° de Doc. Ident.....Parentesco..... • Nombre Completo.....Tipo de N° de Doc. Ident.....Parentesco..... • Nombre Completo.....Tipo de N° de Doc. Ident.....Parentesco..... • Nombre Completo.....Tipo de N° de Doc. Ident.....Parentesco..... • ¿Tiene usted alguna relación por consanguinidad o afinidad con alguna persona PEP? SI.....NO..... • Si la respuesta anterior fue afirmativa, brinde los siguientes datos de la persona PEP referida: Nombre Completo.....Tipo de N° de Doc. Ident.....Cargo.....Nombre de la Entidad Pública/Privada donde llegó a ser considerado PEP.....Grado de parentesco..... • Por la presente, declaro bajo juramento en forma voluntaria por así convenir a mis intereses, que toda la información proporcionada a la entidad, es verdadera y fidedigna, constituyendo la presente declaración jurada una confesión extrajudicial, de conformidad con el Art. 1322 del Código Civil.

FIRMA DEL CLIENTE, PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL, SELLO: _____ ACLARACIÓN DE LA FIRMA _____
Ciudad: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

PARA USO INTERNO DE INFOCENTER

NOMBRE EJECUTIVO:

CÓDIGO CLIENTE:

CHECK LIST DE REQUISITOS

CARTA DE BIENVENIDA	<input type="radio"/>	FOTOCOPIAS DE NIT	<input type="radio"/>
ACTA DE CAPACITACIÓN	<input type="radio"/>	FOTOCOPIA DE C.I. REPRESENTANTE LEGAL	<input type="radio"/>
IMPRESIÓN DE CONTRASEÑAS	<input type="radio"/>	FOTOCOPIA DE MATRICULA DE COMERCIO	<input type="radio"/>
INFORME DE LA EMPRESA (COM-FM16-2015)	<input type="radio"/>	REGISTRO DE PODER DE FUNDEMPRESA / SEPREC	<input type="radio"/>
CONTRATO FIRMADO	<input type="radio"/>	LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO	<input type="radio"/>
FORMULARIO DE AFILIACIÓN	<input type="radio"/>	C.I. DE CADA USUARIO	<input type="radio"/>
CONSULTA DE LISTA INT. Y PEPS.	<input type="radio"/>	FOTOCOPIA DEL PODER DE REPRESENTANTE LEGAL	<input type="radio"/>
CONSULTAS DE INFOCENTER	<input type="radio"/>		

A) CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SOLICITUD POR PARTE DEL EJECUTIVO COMERCIAL:

➤ Revisión de antecedentes en la base de datos de INFOCENTER S.A.

CRITERIOS	SI	NO	MONTO Y OTROS
Deudas en el sistema financiero vencidas:			
Otros pasivos vencidos:			
Procesos judiciales:			

EVALUACIÓN COMERCIAL DEL CLIENTE:

ALTO RIESGO:

RIESGO MEDIO:

BAJO RIESGO:

➤ Límite de Crédito sugerido (Bs): _____
Comentarios: _____

CARGO	Vo.Bo.	FIRMA	FECHA
OFICIAL NACIONAL DE NEGOCIOS Y/O EJECUTIVO COMERCIAL			
JEFE COMERCIAL NACIONAL Y/O JEFE REGIONAL			