

**SOLICITUD AFILIACIÓN ESTABLECIMIENTOS AMERICAN EXPRESS**

**I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO**

1.1. Razón Social o Nombre del Propietario del Establecimiento				1.2. Nombre Comercial del Establecimiento				1.3. Tipo ID <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> PAS			
1.4. No de Identificación				Matrícula Mercantil				1.5. Actividad Comercial (MCC)			
1.6. CIU				1.7. Naturaleza <input type="checkbox"/> P. Jurídica <input type="checkbox"/> P. Natural				1.8. Tipo de Capital <input type="checkbox"/> Publica <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta			
1.9. Dirección del establecimiento				1.10. Departamento				1.11. Código DANE Ciudad			
1.12. Barrio				1.13. Teléfono				1.14. Pagina Web			

**DATOS REPRESENTANTE LEGAL (Si el Establecimiento es Persona Jurídica)**

Rte. Legal	1.15. Nombres y Apellidos				1.16 Tipo ID <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> PAS				1.17. Fecha de Expedición DD MM AAAA			
	1.18. No. Identificación				1.19. Dirección				1.20. Ciudad			
									1.21. Teléfono			

**DATOS ADICIONALES PARA LA AFILIACIÓN**

1.22. Dirección de Correspondencia				1.23. Departamento				1.24. Ciudad			
1.25. Teléfono de Correspondencia				1.26. Correo Electrónico				1.27. Horario <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno de Atención <input type="checkbox"/> 24 Horas			
1.28. Afiliación a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No otros sistemas <input type="checkbox"/> No				1.29. Código Único				1.30. Comisión "Uso exclusivo Red American Express" Establecida %			
1.31. Tipo de Afiliación <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal				1.32. Fecha de Desafiliación "Si la afiliación es temporal ingresar la fecha de desafiliación" DD MM AAAA				1.33. Tipo de Venta <input type="checkbox"/> Venta Presencial <input type="checkbox"/> Venta No presencial			
1.34. Medio de Venta <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Internet				1.35. Indicadores <input type="checkbox"/> Datáfono <input type="checkbox"/> Telemercadeo <input type="checkbox"/> Convenio Especial <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?				1.35. Indicadores <input type="checkbox"/> Propina <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/> Aerolínea			
1.36. Exento de Retención en la Fuente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				1.37. Porcentaje de Retención %				1.38. Exento Retención de ICA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**II. INFORMACIÓN FINANCIERA**

2.1. Ingresos Mensuales				2.2. Egresos Mensuales			
2.3. Total Activos				2.4. Total Pasivos			

**III. INFORMACIÓN CUENTAS DE DEPÓSITO**

3.1. Código Entidad Financiera				3.2. Nombre de la Entidad Financiera				3.3. Nombre Titular Cuenta Abono (Aplica Solo para Excepciones)			
3.4. ID Titular Cuenta Abono				3.5. Tipo de ID <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> PAS				3.6. Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> CTE <input type="checkbox"/> Ahorros			
3.7. Número Cuenta Abono											

**IV. CERTIFICACIÓN BANCO PAGADOR (Aplica para Bancos Pagadores Diferentes a Bancolombia)**

Quien suscribe este documento declara que en virtud de las obligaciones que le asisten, se encuentra obligado a realizar un adecuado conocimiento del establecimiento de comercio, sus propietarios y administradores, y a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que los recursos, depositados en la cuenta del establecimiento, no se encuentren relacionados o provengan de actividades ilícitas, particularmente de lavado de activos o financiación del terrorismo. En tal sentido indemnizará a BANCOLOMBIA por cualquier proceso, multa, sanción o perjuicio derivado de su incumplimiento.

4.1. Nombre Funcionario Entidad Pagadora				4.3. Firma Funcionario Entidad Pagadora			
4.2. Cédula Funcionario Entidad Pagadora							

## V. REGISTRO DE VISITA AL COMERCIO

ASPECTOS VENTAS PRESENCIALES	ASPECTOS VENTAS NO PRESENCIALES
5.1. Nombre de la persona entrevistada	5.6. Nombre de la persona entrevistada.
5.2. Cargo	5.7. Cargo
5.3. Existencia de inventario <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> No adecuada	5.8. Posee bases de datos de clientes. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.4. Existencia de aviso	5.9. Posee políticas para la custodia de la información del cliente. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.5. El establecimiento tiene otros puntos de venta bajo el mismo NIT, afiliados al sistema de tarjetas. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	5.10. Posee una línea de atención y un guión para el contacto con el cliente. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	5.11. Realiza la grabación de la venta telefónica. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	5.12. Posee contratos firmados con proveedores del producto. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	5.13. Posee guías de despacho que hagan constar la entrega del producto. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Observaciones

---



---



---

Yo \_\_\_\_\_, (Asesor de Vinculación) identificado con CC \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, certifico que el establecimiento que se pretende vincular a la red de establecimientos AMERICAN EXPRESS, fue visitado DD | MM | AAAA ; Hora de la visita (\_\_:\_\_) y se pudo constatar que la(s) actividad(es) que realiza en sus instalaciones, cumple(n) con los requisitos, parámetros, adecuaciones, entre otros; para el desarrollo de su actividad y para el perfeccionamiento de ventas con tarjetas, de acuerdo con la normatividad vigente que rige aquellas materias. Así mismo, certifico conocer la actividad de este establecimiento, y lo autorizo para consignar el producto de sus ventas con tarjetas AMERICAN EXPRESS en la cuenta registrada en el presente formulario, y certifico que conozco el origen de los recursos que allí serán depositados; he verificado que el Nit. o cédula del titular de la cuenta corresponde al del establecimiento.

5.14. Código Asesor

5.15 Firma Asesor

## VI. DATOS DEL PAGO A INCOCREITO

6.1 Canal de Pago <input type="checkbox"/> Virtual <input type="checkbox"/> Sucursal bancaria	6.2. Identificación	6.3. Código del banco
6.4. Valor de consignación	6.5. Fecha de Consignación	6.6. Número de Referencia, Consignación o Aprobación de Pago.

## VII. ACEPTACIÓN DE CONDICIONES CONTRACTUALES

“Declaro que conozco y acepto el reglamento y/o contrato para la aceptación de Tarjetas e instrumentos de Pago en Establecimientos Inscritos al Sistema American Express, el cual se encuentra publicado en la página web [www.americanexpress.com.co](http://www.americanexpress.com.co) en la siguiente ruta (Negocios – Establecimientos – Requisitos). Cualquier inquietud acerca del mismo, podrá ser consultada con el asesor comercial o a través de la línea de atención a comercios 018000129999.”

## DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y REPRESENTANTE LEGAL

7.1 Razón Social o Nombre del Propietario del Establecimiento	<div style="border-top: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL </div>	HUELLA
7.2 Nombre del Representante Legal (Si es Persona Jurídica)		
7.3 Cédula del Representante Legal o Propietario del Establecimiento		