

# Formulario único de vinculación de establecimientos de comercios al sistema de medios de pago

Uso exclusivo red generadora de la afiliación

Versión 26 - Abril 4/2019 - Página 1 de 4

Ciudad de  
radicación:

Fecha de  
diligenciamiento:

DIA MES AÑO

## Tipo de solicitud

Afiliación

Cambio de razón social

Marque con una "X" la casilla de la franquicia a la cual desea afiliar a su comercio o a todas si es el caso

Franquicias  
a las cuales  
desea afiliarse:

Diners Club

Número de radicación:

Mastercard

Número de radicación:

Red generadora de la afiliación:

Visa

Número de radicación:

Todas

Incluir los números de radicación en la línea de cada franquicia.

Credibanco

Otra ¿Cuál?:

El comercio declara conocer, aceptar y se obliga conforme los términos y condiciones del contrato comercial de afiliación y del reglamento de pagos de Redeban Multicolor o red Credibanco, dependiendo cual sea la red que instale, el dispositivo o ya sea la red escogida.

Nombre entidad que custodia el formulario único de afiliación

## Solicitud conocimiento y conformidad de compromiso

Obiendo en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que lo que se encuentra aquí consignado es cierto, declaro que los recursos del desarrollo de mis actividades provienen de actividades lícitas. En cualquier caso, autorizo la revisión de antecedentes en esta materia y eximo de toda responsabilidad a la red generadora de la afiliación o administrador de franquicia que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.

## Datos del comercio

Razón social:

Nombre comercial:

Número de matrícula y/o Registro mercantil:

NIT

DV

Nombre de actividad comercial:

Código CIUU  
(RUT)

MCC (Venta no presente)

MCC REAL

Código Único

Tipo de venta:  Presencial  No Presencial

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Dirección punto de venta del establecimiento:

Departamento:

Código  
DANE:

Ciudad:

Teléfono  
punto de venta:

Dirección de correspondencia y/o facturación:

Departamento:

Código DANE:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

/

Correo electrónico:

Zona (código) postal:

Nota: Es obligatorio suministrar el correo electrónico para la invitación a capacitación.

## Tipo de empresa/Clase de empresa/Tipo de sociedad:

Anónima  S.A.S.  Pública  Mixta  Limitada  Sin ánimo de lucro  Privada  Otra  ¿Cuál?: Naturaleza: Jurídica  Natural

Tipo de afiliación: Permanente  Temporal  Tipo de establecimiento : Principal  Sucursal  Afiliado a otros sistemas: SI  No

Pasarela de pagos: Si  No  Nombre de la Pasarela: Código único pasarela principal:

Comercio agregado Si  No  Código Único del Comercio agregador principal:

Código agregador franquicia (ID Payment Facilitator):

## Datos representante legal, suplente y/o propietarios

Representante legal

Nombres:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Documento: CC CE PAS NUIP Número:

Fecha de expedición ID DIA MES AÑO

Sexo: F M

Fecha nacimiento: DIA MES AÑO Departamento:

Ciudad:

Porcentaje participación accionaria:

Dirección residencia:

Departamento:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Declaro que: Si  No uento con la categoría de persona expuesta públicamente, según lo establecido en el decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEPs), en caso de ser afirmativa su respuesta por favor indique: Cargo que ocupa/ocupó:

Declaro que: Si  No uento con la categoría de persona expuesta políticamente, según lo establecido en el decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEPs), en caso de ser afirmativa su respuesta por favor indique: Cargo que ocupa/ocupó:

Fecha de nombramiento: Fecha de remoción: Actualmente.

Adicionalmente, declaro que: Si  No  tengo un vínculo familiar con: cónyuge o compañero permanente, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, cuñados, adoptantes o adoptivos, que cumplan con la condición de PEPs, de ser afirmativa la respuesta indique: parentesco, nombre y número de identificación.

Representante legal Suplente

Nombres:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Documento: CC CE PAS NUIP Número:

Fecha de expedición ID DIA MES AÑO

Sexo: F M

Fecha nacimiento: DIA MES AÑO Departamento:

Ciudad:

Porcentaje participación accionaria:

Dirección residencia:

Departamento:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

Correo electrónico:

Declaro que: Si  No uento con la categoría de persona expuesta públicamente, según lo establecido en el decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEPs), en caso de ser afirmativa su respuesta por favor indique: Cargo que ocupa/ocupó:

Declaro que: Si  No uento con la categoría de persona expuesta políticamente, según lo establecido en el decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEPs), en caso de ser afirmativa su respuesta por favor indique: Cargo que ocupa/ocupó:

Fecha de nombramiento: Fecha de remoción: Actualmente.

Declaro que: Si  No uento con la categoría de persona expuesta políticamente, según lo establecido en el decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEPs), en caso de ser afirmativa su respuesta por favor indique: Cargo que ocupa/ocupó:

Adicionalmente, declaro que: Si  No  tengo un vínculo familiar con: cónyuge o compañero permanente, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, cuñados, adoptantes o adoptivos, que cumplan con la condición de PEPs, de ser afirmativa la respuesta indique: parentesco, nombre y número de identificación.

## Datos de socios/accionistas del establecimiento con más del 5% del capital social, aporte o participación

Nombres y apellidos completos

Tipo ID

Número identificación

Porcentaje  
participación accionaria


Tipo ID: NIT CC: Cédula ciudadanía CE: Cédula extranjería

Declaro que: Si  No uento con la categoría de persona expuesta públicamente, según lo establecido en el decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEPs), en caso de ser afirmativa su respuesta por favor indique: Cargo que ocupa/ocupó:

Declaro que: Si  No uento con la categoría de persona expuesta políticamente, según lo establecido en el decreto 1674 de 2016 (consultar guía identificación PEPs), en caso de ser afirmativa su respuesta por favor indique: Cargo que ocupa/ocupó:

Fecha de nombramiento: Fecha de remoción: Actualmente.

Adicionalmente, declaro que: Si  No  tengo un vínculo familiar con: cónyuge o compañero permanente, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, cuñados, adoptantes o adoptivos, que cumplan con la condición de PEPs, de ser afirmativa la respuesta indique: parentesco, nombre y número de identificación.

\* Por cada accionista que cumpla con la categoría de persona expuesta públicamente se requiere diligenciar una declaración idéntica a la anterior y anexarla a este formulario.

## Productos y servicios

Datáfono

 Fijo     Virtual  
 Móvil     Mpos
Horario de atención para instalación:  Diurno  Nocturno  24 horas

Mipago Correo electrónico configuraciones MiPago: \_\_\_\_\_

 Minidatáfono Marca del smartphone: \_\_\_\_\_ Sistema operativo del smartphone: \_\_\_\_\_

Número Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico para el envío de licencia: \_\_\_\_\_

CU asociado a la campaña que se está manejando: \_\_\_\_\_ Requiere propina:  Si  No Daviplata No. Daviplata del titular: \_\_\_\_\_  
No. celulares para registrar la entrada de plata al Daviplata registrado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**Servicios:**  Corresponsal bancario  Servicios públicos  Multicomercio  Recaudo electrónico  Pago con referencia  
 Bonos  Encuestas  Otros  Lealtad**Ventas no presenciales**  Domiciliación crédito  Domiciliación débito  Pagar en línea a RBM  
Código cadena: \_\_\_\_\_ Nombre cadena: \_\_\_\_\_ Posee medios de acceso  Si  NoAgencia de viajes  Venta propia  Venta propia y tiquetes   
Aerolínea  Requiere impuestos:  Si  No  Número IATA: \_\_\_\_\_

## Información de cuentas de depósito

Franquicia:  Diners Club  Mastercard  Visa

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Código sucursal: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Código banco: \_\_\_\_\_ NIT cuenta: \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Ahorro  Corriente \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_ \*Fiduciaria: Nombre: \_\_\_\_\_

## Autorización por el banco

Nombre del funcionario C.C.: \_\_\_\_\_ Firma del funcionario y sello del banco

## Cuenta de depósito adicional

Franquicia:  Diners Club  Mastercard  Visa

Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Código sucursal: \_\_\_\_\_

Número de cuenta: \_\_\_\_\_ Código banco: \_\_\_\_\_ NIT cuenta: \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta:  Ahorro  Corriente \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_ \*Fiduciaria: Nombre: \_\_\_\_\_

## Autorización por el banco

Nombre del funcionario C.C.: \_\_\_\_\_ Firma del funcionario y sello del banco

**Notas legales:** Quien suscribe este documento en representación del BANCO PAGADOR, declara que en virtud de las obligaciones que le asisten, se encuentra obligado además a realizar un adecuado conocimiento del establecimiento de comercio, sus propietarios y administradores, de acuerdo con la regulación que rige a las entidades financieras. Así mismo declara que tiene también la obligación de prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo en lo que le fuere aplicable, que conoce y aplicará la normatividad que en tal sentido se haya proferido, y que tomará las medidas de prevención y control correspondientes y que responderá a la Red generadora de la afiliación y/o administrador de franquicia indemnizándole por cualquier proceso, multa, sanción o perjuicio derivado de su incumplimiento. El BANCO PAGADOR se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que los recursos en general, depositados en la cuenta del establecimiento, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas, ni provengan en particular, con el lavado de activos o financiación del terrorismo.

Para lo anterior, esta comunicación es certificada con la firma que tenemos registrada en la cuenta, así como el sello y otras características que se encuentran vigentes a la fecha.

Esta oficina autoriza que el valor de las ventas efectuadas con tarjetas pertenecientes al sistema de pago, sea depositado en la cuenta mencionada anteriormente; el Banco certifica mediante suscripción del presente documento que ha verificado los datos del comercio.

**'NOTA:** El banco adquirente certifica que la entidad fiduciaria conoce y acepta las condiciones para recibir los depósitos procedentes de las ventas que haga el establecimiento de comercio a través de medios de pago electrónicos. No obstante en el evento de que llegare y prosperar una acción de revocatoria contra el negocio fiduciario y/o contra los traslados de recursos a la cuenta referida en desarrollo de la solicitud antedicha, el Fideicomitente (Comercio) asumirá las consecuencias patrimoniales de todo perjuicio o condena económica que pueda afectar a la Red generadora de la afiliación y/o administrador de franquicia, por esta causa. En este mismo caso, el presente documento prestará mérito ejecutivo para efectos del cobro de cualquier perjuicio económico que llegare a sufrir la Red generadora de la afiliación y/o administrador de franquicia por el no cumplimiento de las instrucciones aquí contenidas.

## Información de Pago de la Vinculación del Comercio al Sistema de Medios de Pago

Nombre del banco donde efectua el pago \_\_\_\_\_ Código del banco: \_\_\_\_\_

Valor pagado \$ \_\_\_\_\_ Fecha del pago DIA MES AÑO

Ciudad donde efectua el pago \_\_\_\_\_ NIT. del comercio a vincular \_\_\_\_\_ DV \_\_\_\_\_

Número del comprobante de consignación o número de código de barras \_\_\_\_\_

Esta información debe coincidir con su comprobante de consignación y/o pago

## Concepto de visita

## Aspecto a evaluar

Ubicación  Centro comercial  Poco comercial  Sector comercial Actividad en el punto de venta:  Nuevo  De 1 a 2 años  Mayor a 2 añosExistencia de mercancía  Alta  Media  Baja  No tiene Cadena comercial:  Si  No Existencia de aviso:  Si  No Ventas no presenciales:  Si  No

## Aspectos complementarios a evaluar para ventas no presenciales

La empresa posee bases de datos de sus clientes:  Si  No La empresa cuenta con políticas para la custodia de información de los clientes:  Si  NoLa empresa utiliza guión para el contacto con el cliente:  Si  No La empresa realiza grabación de la venta telefónica:  Si  No

## Información del asesor comercial

Nombre del funcionario: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_ Red generadora de la afiliación: \_\_\_\_\_

Código estrategia: \_\_\_\_\_

El asesor declara que conoce y acepta las políticas de vinculación de comercios definidos por las entidades y que el diligenciamiento del formulario se realizó con base en información y datos veraces del cliente

Firma: \_\_\_\_\_

**Información financiera**

Ingresos mensuales:

Otros Ingresos:

Descripción:

Egresos mensuales:

Total activos:

Total pasivos:

Total patrimonio:

¿Tiene operaciones internacionales?

¿Qué tipo de operaciones?

Origen/Destino

Si  No 

Importación \_\_\_\_\_

Ciudad(es): \_\_\_\_\_

Prestamos \_\_\_\_\_

País (es): \_\_\_\_\_

Exportación \_\_\_\_\_

Nombre remitente o beneficiario: \_\_\_\_\_

Pago de servicios \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Inversiones \_\_\_\_\_

No. de cuenta: \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

Moneda: \_\_\_\_\_

Monto estimado mensual:

\$ \_\_\_\_\_

Otras monedas ¿Cuáles?

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS.**

Declaro que los bienes, recursos y fuente de los fondos del giro ordinario de los negocios de la sociedad que represento o el establecimiento de comercio del cual soy propietario, según corresponda, en ningún caso involucran actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y derivados de acciones licitas y descritas por las siguientes actividades: \_\_\_\_\_

Declaro, así mismo, que nuestra ocupación no es, ni se relaciona con la actividad habitual de compra o venta de divisas. Declaro que en ningún caso he prestado mi nombre, el del establecimiento de comercio del cual soy propietario o la sociedad que represento, según corresponda, para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a mi nombre, de la sociedad que represento o del establecimiento de comercio de mi propiedad, según corresponda.

**AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.**

Me obligo a que la sociedad que represento o el establecimiento de comercio de mi propiedad, según corresponda, solamente realizará las actividades autorizadas e incluidas dentro de su objeto y el giro ordinario de su negocio. Así mismo, en mi calidad de propietario del establecimiento de comercio o representante legal de la sociedad que represento, según corresponda, por medio de la presente Solicitud de Afiliación autorizo a las entidad(es) administradora(s) de sistemas de pago, a las entidades financieras o no financieras participantes y a el (los) sistemas de marca correspondientes, para que, en los términos de la legislación vigente aplicable a la protección de datos personales, habeas data, prevención de lavado de activos y confidencialidad, almacene, consulte, comparta, reporte, procese, actualice y divulgue información comercial y financiera del establecimiento de comercio o sociedad a todas aquellas entidades, nacionales y extranjeras, de carácter público o privado, que manejen o administren bases de datos o centrales de información de riesgo que tengan como fin la prevención del lavado de activos, financiación del terrorismo y/o fraudes o entidades que brinden y presten servicios para la prevención de dichas situaciones y/o el patrón de cumplimiento de las obligaciones de carácter pecuniar y no pecuniar. La información financiera, comercial, operativa, de mercado y perfil de riesgo del establecimiento de comercio o sociedad solamente será utilizada para los siguientes fines: (1) control y prevención del fraude y otros riesgos relevantes para la relación, así como la determinación del perfil de riesgo del establecimiento; (2) control y prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo; (3) verificación y monitoreo de las transacciones realizadas a través de la red generadora de la afiliación; (4) auditoría y verificación del historial de incidentes relacionados con el lavado de activos, financiación del terrorismo y/o fraudes y/o el patrón de cumplimiento de otras obligaciones contractuales; (5) cumplimiento de las obligaciones en cabeza del AFILIADO relacionadas con la prevención y control del lavado de activos, financiación del terrorismo y/o fraudes y/u otras obligaciones contractuales; y (6) para dar cumplimiento a requerimientos realizados por autoridades competentes. (7) actividades de estadística, encuestas, muestreo, segmentación, estudio de mercadeo, estructuración y personalización de productos y servicios, así como ofrecimiento de los mismos; (8) mantenimiento de la historia fidedigna y soporte informático de incidentes y operaciones que fluyan a través del sistema de pago; (9) las demás que establecen en la política de privacidad de la red. La permanencia, depuración, revisión y actualización de la información residente en los sistemas de información del sistema de pago, depende de la naturaleza de la información y se sujeta a las disposiciones constitucionales y legales que apliquen, a las reglas sobre gestión de archivos que se definen en los manuales operativos, a las mejores prácticas de buen gobierno corporativo, así como a los criterios definidos por la jurisprudencia constitucional para cada tipo de información. El establecimiento inscrito se obliga a actualizar su información al menos una vez al año, a través de los medios o dispositivos informados y facilitados por el sistema de pago para tal fin. Finalmente, autorizo, para que realice tratamiento de mis datos personales de conformidad con los términos y finalidades previstos en su política de tratamiento de datos personales, que declaro haber leído y aceptado, así como en los términos del Reglamento de Comercios.

**CUMPLIMIENTO NORMATIVO AMBIENTAL**

Durante toda la ejecución del contrato, el [AFILIADO] deberá seguir y cumplir las instrucciones y procedimientos de relacionados con la recolección y gestión de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos (RAEE), debidamente informados por red generadora de la afiliación y disponibles en su página web. A la terminación del contrato, en el evento que por cualquier causa, el [AFILIADO] no proceda a devolver los Equipos a: \_\_\_\_\_, cumpliendo con los términos y condiciones previstos en este contrato, y en especial, atendiendo las disposiciones aplicables del procedimiento.

**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL CONTRATO COMERCIAL Y REGLAMENTO DE AFILIACIÓN A LOS SISTEMA DE PAGOS Y ADMINISTRADORES DE FRANQUICIA.**

Con la suscripción de la presente solicitud de afiliación, declaro conocer y aceptar de manera libre y voluntaria, habiendo leído en su integridad, los términos y condiciones del contrato comercial y reglamento de afiliación a los sistemas de pago y/o administradores de franquicia disponible en las páginas web: www.credibanco.com, www.davivienda.com y www.redebanmulticolor.com.co

**IMPORTANTE:**

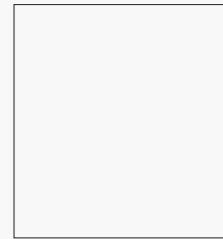
De haber suscrito usted anteriormente un reglamento para la aceptación y recepción de las tarjetas y medios de pago de las franquicias Diners Club, Mastercard y Visa con una entidad financiera adquirente diferente a Credibanco, Davivienda y Redeban Multicolor, es necesario que recuerde que en dicha situación, y solamente frente al abono de las transacciones realizadas en la cuenta de depósito que usted ostenta en la entidad financiera adquirente, las disposiciones del Reglamento del Sistema de Pago relativas a los productos y medios de pago no le serán aplicables. En tal situación, se deberá sujetar a los términos del reglamento definido por la entidad financiera adquirente para dichas transacciones únicamente, siéndole aplicable a sus demás cuentas de depósito en otra entidad financiera los respectivos reglamentos de los sistemas de pago y/o administradores de franquicia.

Autorizo a Diners Club, Redeban Multicolor, Credibanco e Incocreditó el envío de información, contacto, notificación y facturación, referente a productos y servicios a través de los diferentes canales de comunicación con los que se cuente en los sistemas de información.

Autorizo a CREDIBANCO para que el débito automático a cuentas de ahorro o corriente que se realiza mensualmente por la prestación de los productos y/o servicios, se realice a la cuenta de depósito asociada al código único. En el evento de modificación o cambio de la cuenta de depósito asociada a dicho código, el débito automático se realizará a la nueva cuenta que deberá ser reportada por el comercio.

**Observaciones****Firma propietario o representante legal**

Nombre del propietario o representante legal del establecimiento: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación :  Cédula ciudadanía  Cédula extranjería  Pasaporte  NUIP  
Número: \_\_\_\_\_

Firma del titular y/o representante legal

Documento compuesto por tres páginas.

Sello del titular y/o representante legal

Huella indice derecho

## Recomendaciones para el diligenciamiento del formulario único de Afiliación de Comercios.



El formulario de ser diligenciado con letra clara y legible.



No hacer tachones ni enmendaduras, el formulario cuenta con el campo de observaciones en donde se pueden hacer las correcciones necesarias.



Especificar siempre qué tipo de solicitud se quiere realizar:(Afiliación o cambio de razón social).



Diligenciamiento del 100% de los campos de información demográfica del comercio.



Especificar el tipo de campaña o convenio por la cual va a entrar la afiliación o la información del correspondiente pago.



Marcar las franquicias que se van a afiliar y colocar sus respectivos radicados.



Registrar correo electrónico del comercio.



Colocar el número de matrícula o registro mercantil y especificar el tipo de Venta.



Los datos del representante legal deben ser completamente diligenciados, si el comercio no tiene suplente y/o socios, dejar en blanco esta información.



Validar que los datos demográficos del comercio sean correctos.



Se debe colocar la información clara y completa del asesor comercial.



Si el representante legal, suplente y/o socios cuentan con categoría de expuesta públicamente o expuesta políticamente favor diligenciar información.



El formulario siempre debe venir firmado por el representante legal o suplente.