



Fecha		Afiliación		Re-Afiliación		Persona Natural		Persona Jurídica	
				*					
DATOS DEL CLIENTE									
Apellidos y Nombres / Razón Social / Razón Comercial							Cédula de Identidad / Nro. de Rif		
Actividad Económica				Condición del Local		Contribuyente Especial			
				Propio / Arrendado		Si / No			
Días de Operación		Horario de Atención		Cantidad de Empleados		Nro. de Cuenta Afiliada a Punto de Venta			
L M M J V S D						0 1 9 1			
Dirección de Instalación de Punto de Venta									
Sector / Avenida / Calle		Nombre del Edificio / Casa			Piso	Local / Oficina	Urbanización / Barrio		
Ciudad		Parroquia		Municipio		Estado		Apartado Postal	
Correo Electrónico				Teléfono Oficina 1		Teléfono Oficina 2		Código Misceláneo	
Puntos de Referencia									
Datos de la Persona Contacto									
Nombre y Apellido				Cargo		Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
Nombre y Apellido				Cargo		Teléfono Fijo		Teléfono Celular	
PUNTOS DE VENTA QUE POSEE									
Banco		Tasa T. Débito				Tasa T. Crédito			
Desglose de Facturación Mensual									
Facturación Promedio Mensual BS. (POS)			Facturación Promedio Mensual Bs.				Tickets Promedio en Bs. (POS)		
Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito	Efectivo	Cheques	Total		Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito		
PUNTOS DE VENTA SOLICITADOS									
Inalambrico	Fijo	Total	POS Virtual	Dirección IP		Teclado Abierto **		Domiciliación	
De solicitar equipo fijo (Dial Up) indique lo siguiente									
Nro. de Teléfono donde será conectado el POS			Existe Restricción de llamadas del Nro. Telefónico		¿Cuál?				
			Si / No						
Posee Clave de Salida de Llamada	Indique la Cantidad de Dígitos	Proveedor de Servicio de Telefonía							
Si / No		CANTV	Movistar	Digitel	Movilnet	Inter	Modem Telular	Otro	
Tipo de Línea			Central telefónica			La Línea es Compartida			
Post-pago	Pre-pago	Sí	No	Sí	No				
Posee Toma Corriente disponible y cercanos al lugar de la Instalación del POS				Existen Incidentes relacionados con el Servicio Eléctrico					
Si / No				Si / No					
De solicitar equipo inalámbrico indique lo siguiente									
Posee Buena Cobertura de Red Movistar en la zona					Si / No				
FIRMA(S) AUTORIZADA(S) DEL COMERCIO									
Nombre y Apellido		Firma			Nombre y Apellido			Firma	

* Las obligaciones y condiciones del Contrato inicial no se alteran, siempre y cuando la cuenta mantenga los mismos representantes legales

** Consignar la Carta de Compromiso



PARA USO DE LA OFICINA RECEPTORA ***		
Agencia	Nombre y Apellido	Firma
Fecha de Recepción	Cargo	

PARA USO DE LA OFICINA GESTORA				
Rubro destinado para el Punto de Venta				
CONDICIONES PARA LA INSTALACIÓN DEL PUNTO DE VENTA				
Ubicación		Área	Condiciones	Inventario de Mercancía
Centro Comercial	Zona Residencial	Hasta 50 M2	Bien Mantenido	Apropiado
Zona Industrial	Zona Comercial	De 50 M2 a 150 M2	En Remodelación	No Apropiado
Otra		Más de 150 M2	Deteriorado	No Aplica
Nº Transacciones Mensuales Estimadas		Monto Estimado por Transacciones		
Tarjeta de Débito	Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito	Tarjeta de Crédito	
0 a 50	0 a 50	Bs.	Bs.	
50 a 100	50 a 100	Bs.	Bs.	
Más de 100	Más de 100	Bs.	Bs.	

OBSERVACIONES		
Área de Negocios		
Agencia	Nombre y Apellido	Firma
Fecha de Recepción	Cargo	

PARA USO DE LA GERENCIA DE POS			
Observaciones			
Base de Datos de Riesgo		Status	Tasa Afiliación
		Aprobado	TDD
		Diferido	TDC
		Negado	
FIRMAS AUTORIZADAS			
Gerente de POS		V _o B _o VP de Área Tarjeta de Crédito	
Nombre y Apellido	Firma	Nombre y Apellido	Firma

*** En caso de ser recibido en una Agencia distinta a la Agencia tutora.