



SOLICITUD DE AFILIACION DE ESTABLECIMIENTOS - ANEXO 1

TODAS LAS TARJETAS EN UNA SOLA RED®

MID No.

Tipo de Afiliación: Principal Sucursal

Código Principal

Marcas de tarjetas solicitadas:

TODAS LAS TARJ. DE CREDITO

TODAS LAS TARJ. DE DEBITO



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre Comercial del Establecimiento:		Giro:	
Razón Social:		C.I. y/o RUC:	
Actividad del Negocio:	Tipo de Personería: NATURAL <input type="checkbox"/> JURIDICA <input type="checkbox"/>	Tipo de Sociedad: ANONIMA <input type="checkbox"/> LIMITADA <input type="checkbox"/> OTRO: _____	
Descripción detallada de la actividad			
Fecha de inicio de operaciones:	Tiempo en esta Actividad:	Provincia:	Cantón:
Dirección del Establecimiento:		Teléfono:	Fax:
Nombres y Apellidos de persona contacto en el establecimiento:		E-mail:	
Dirección de Correspondencia:			Teléfono:
COMERCIO <input type="checkbox"/> OTRA DIRECCION: _____			
El local del negocio es:	Horario de Atención:	El negocio es cíclico?	*Es contribuyente especial?
DE LA EMPRESA <input type="checkbox"/> ALQUILADO <input type="checkbox"/>	DIURNO <input type="checkbox"/> 24 HORAS <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
DEL PROPIETARIO <input type="checkbox"/> OTROS: _____	NOCTURNO <input type="checkbox"/> Horario: _____	Indique las temporadas altas de su negocio: _____	Exento Impuesto a la Renta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tiempo en dirección: _____	Número de Establecimientos: _____		Es RISE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		Tipo de Venta: <input type="checkbox"/> PRESENCIAL <input type="checkbox"/> TELEFONICO <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> SERVICIO A DOMICILIO	

(*) En caso de ser Contribuyente Especial/RISE debe adjuntar copia del RUC actualizado donde se evidencia esta condición. En caso de ser exento de Impuesto a la renta la certificación del SRI.

DATOS ADICIONALES PARA ELABORACION Y ENTREGA DE FACTURA

Dirección Principal/Tributaria:	Ciudad:	Teléfono:
---------------------------------	---------	-----------

DATOS DEL PROPIETARIO

Nombres y Apellidos:	Cédula de Identidad #:	Censo de Migración #: (para extranjeros)
Lugar y fecha de nacimiento:	Ocupación o profesión	Estado Civil: SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>
Nombres y Apellidos del Cónyuge	Cédula de Identidad #:	Censo de Migración #:
Dirección del domicilio del Propietario	Ciudad	Teléfono
E-mail:	Recibe otros ingresos diferentes a esta actividad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Detalle origen de otros ingresos

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O ADMINISTRADOR

Nombres y Apellidos:	Cédula de Identidad #:	Censo de Migración #: (para extranjeros)
Lugar y fecha de nacimiento:	Ocupación o profesión	Estado Civil: SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/>
Nombres y Apellidos del Cónyuge	Cédula de Identidad #:	Censo de Migración #:
Dirección del domicilio del Representante Legal o Administrador	Ciudad	Teléfono
E-mail:	Recibe otros ingresos diferentes a esta actividad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Detalle origen de otros ingresos

DATOS ADICIONALES DEL ESTABLECIMIENTO

Promedio mensual de Ventas:	Promedio mensual de Ventas a Crédito:	Promedio mensual de Transacciones:	Promedio mensual de Transacciones a Crédito
-----------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---

INFORMACION FINANCIERA DEL ULTIMO AÑO

Total Activos: _____ Ventas Anuales: _____
 Total Pasivos: _____ Utilidad / Pérdida: _____
 Patrimonio: _____

DETALLE LOS NOMBRES DE LOS ACCIONISTAS MAYORITARIOS DE LA EMPRESA

<u>Nombre</u>	<u>Cédula de Identidad</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____

REFERENCIAS BANCARIAS:

<u>Banco</u>	<u>No. Cuenta</u>	<u>Tarjeta de Crédito</u>	<u>No. Tarjeta</u>
1 _____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____	1 _____	# _____
2 _____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____	2 _____	# _____
3 _____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		

REFERENCIAS PERSONALES: *(aplica solo para personas naturales)*

	<u>Teléfono</u>	<u>Horario de atención</u>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____

REFERENCIAS COMERCIALES:

	<u>Empresa</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Horario de atención</u>
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____

PROVEEDORES:

	<u>Empresa</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Horario de atención</u>
1 _____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____

DETALLE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS O SERVICIOS QUE COMERCIALIZA:

Tipo de servicio solicitado para transacciones con tarjeta:

P.O.S. DATASWITCH (conexión con terceros)

ENTIDADES ADQUIRENTES – CREDITO CORRIENTE

<u>MARCA DE TARJETAS</u>	<u>ADQUIRENTE</u>
American Express	Banco de Guayaquil
Diners Club	Diners Club
Discover	Diners Club
MasterCard	<input type="checkbox"/> Banco de Guayaquil <input type="checkbox"/> Pacificard <input type="checkbox"/> Banco del Pichincha
Visa	<input type="checkbox"/> Banco de Guayaquil <input type="checkbox"/> Pacificard <input type="checkbox"/> Banco del Pichincha
Maestro	<input type="checkbox"/> Banco de Guayaquil <input type="checkbox"/> Pacificard
Electron	<input type="checkbox"/> Banco de Guayaquil <input type="checkbox"/> Pacificard <input type="checkbox"/> Banco del Pichincha

ENTIDADES PAGADORAS Y FORMA DE PAGO

<u>MARCA DE TARJETAS</u>	<u>Cuenta a nombre del:</u>	<u>BANCO PAGADOR</u>	<u>ESTABLECIMIENTO</u>	<u>No. CUENTA</u>
	PROPIETARIO <input type="checkbox"/>			
American Express	_____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		
Diners Club	_____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		
Discover	_____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		
MasterCard	_____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		
Visa	_____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		
Maestro	_____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		
Electron	_____	Cte. <input type="checkbox"/> Aho. <input type="checkbox"/> # _____		

NOTA: 1.- Las ventas en DIFERIDO serán canceladas por el respectivo banco emisor.
 2.- El comercio una vez afiliado puede convenir con las entidades asociadas a la red en una forma/frecuencia de pago diferente a la señalada en el contrato.

TARIFAS PORCENTUALES

TARJETA DE DEBITO	BCO. GUAYAQUIL MAESTRO Y ELECTRON	BCO. PACIFICO MAESTRO Y ELECTRON	BCO. PICHINCHA MAESTRO Y ELECTRON
CREDITO CORRIENTE	BCO. GUAYAQUIL AMEX	BCO. GUAYAQUIL MASTERCARD Y VISA	PACIFICARD MASTERCARD Y VISA

CREDITO CORRIENTE	BCO. GUAYAQUIL AMEX	BCO. GUAYAQUIL MASTERCARD Y VISA	PACIFICARD MASTERCARD Y VISA	DINERS , DISCOVER Y BCO. PICHINCHA
--------------------------	------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

DIFERIDO CON INTERESES	MESES	BCO. GUAYAQUIL AMEX	BCO. GUAYAQUIL MASTERCARD Y VISA	PACIFICARD MASTERCARD Y VISA	DINERS, DISCOVER Y BCO. PICHINCHA
	3				<input type="checkbox"/> Revisar Adendum <input type="checkbox"/> Mantener condiciones del código Principal
	6				
	9				
	12				

DIFERIDO SIN INTERESES	MESES	BCO. GUAYAQUIL AMEX	BCO. GUAYAQUIL MASTERCARD Y VISA	PACIFICARD MASTERCARD Y VISA	DINERS, DISCOVER Y BCO. PICHINCHA
	3				<input type="checkbox"/> Revisar Adendum <input type="checkbox"/> Mantener condiciones del código Principal
	6				
	9				
	12				

FRECUENCIA DE PAGO	BCO. GUAYAQUIL AMEX	BCO. GUAYAQUIL MASTERCARD Y VISA	PACIFICARD MASTERCARD Y VISA	DINERS, DISCOVER Y BCO. PICHINCHA
	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS: Captura Electrónica 48 HORAS: Captura Manual	<input type="checkbox"/> Revisar Adendum <input type="checkbox"/> Mantener condiciones del código Principal

“Como Representante del Establecimiento solicitante, a través de este documento confirmo que conozco y acepto las condiciones establecidas por DATAFAST y las ENTIDADES EMISORAS ASOCIADAS a ella. Certifico que la información arriba indicada es correcta y verdadera. Entiendo que esta información será leída/revisada por las autoridades del CONSEP, quienes la podrán considerar para todos los efectos legales. Igualmente certifico y declaro que los fondos recibidos de la ENTIDAD ADQUIRENTE no serán destinados a ninguna actividad relacionada con la producción, consumo, comercialización y tráfico de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, o cualquier otra actividad tipificada en la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. Autorizo expresamente a DATAFAST y a las ENTIDADES EMISORAS ASOCIADAS a realizar el análisis que considere conveniente e informar a las autoridades pertinentes en caso de investigación y/o determinación de transacciones inusuales o sospechosas”.

Ciudad y Fecha

Sello y Firma del Propietario / Representante Legal

PARA USO EXCLUSIVO DE DATAFAST

Solicitud presentada por:				
DATAFAST <input type="checkbox"/>	PACIFICARD <input type="checkbox"/>	BANCO GUAYAQUIL <input type="checkbox"/>	INTERDIN <input type="checkbox"/>	OTRA ENTIDAD: _____
NOMBRE DEL AFILIADOR: _____			COD. #: _____	
Observaciones: _____ _____ _____ _____				

Firma Afiliador

Vto. Bno. Gerente Comercial

Vto. Bno. Dpto. Riesgos