

## Uso exclusivo red generadora de la afiliación

Ciudad de radicación: _____	Fecha de diligenciamiento: <input style="width:30px;" type="text"/> <b>DÍA</b>   <input style="width:30px;" type="text"/> <b>MES</b>   <input style="width:30px;" type="text"/> <b>AÑO</b>
<b>Tipo de solicitud</b> <input type="checkbox"/> Afiliación <input type="checkbox"/> Cambio de razón social <input type="checkbox"/> Actualización de datos	
Marque con una "X" la casilla de la franquicia a la cual desea afiliarse a su comercio o a todas si es el caso	
<b>Franquicias a las cuales desea afiliarse:</b> Diners Club <input type="checkbox"/> Número de radicación: _____ Visa <input type="checkbox"/> Número de radicación: _____	Mastercard <input type="checkbox"/> Número de radicación: _____ Todas <input type="checkbox"/> Incluir los números de radicación en la línea de cada franquicia.
Red generadora de la afiliación: <input type="checkbox"/> Credibanco <input type="checkbox"/> Otra ¿Cuál?: _____ <input type="checkbox"/> Redeban Multicolor	
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 en caso de que esta sea la red que instala el dispositivo o la red escogida.	

## Solicitud conocimiento y conformidad de compromiso

Obrando 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 <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <b>DV</b> <input style="width:30px;" type="text"/>								
Nombre de actividad comercial: _____																		
Código CIU (RUT) <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>				MCC (Venta no presente) <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>				MCC REAL <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>				Código Único _____						
<b>Tipo de venta:</b> <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> No Presencial																		
Responsabilidades tributarias ( Ver campo 53 del RUT)	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:																		
Departamento: _____				Código DANE _____				Ciudad: _____				Teléfono: _____ / Celular: _____ / _____						
Correo electrónico: _____																		
Nota: Es obligatorio suministrar el correo electrónico para la invitación a capacitación.																		
<b>Tipo de empresa/Clase de empresa/Tipo de sociedad:</b>																		
Anónima <input type="checkbox"/> S.A.S. <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Naturaleza: Jurídica <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/>																		
Tipo de afiliación: Permanente <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Tipo de establecimiento: Principal <input type="checkbox"/> Sucursal <input type="checkbox"/> Afiliado a otros sistemas: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>																		
Pasarela de pagos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Pasarela: _____																		
Comercio agregado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Código Único del Comercio agregador principal: <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>																		
Zona (código) postal _____ Código agregador franquicia (ID Payment Facilitator): _____																		

## Datos representante legal, suplente y/o propietarios

Representante legal	Nombres: _____		Primer apellido: _____				Segundo apellido: _____					
	Documento: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NUIP		Número: _____		Fecha de expedición ID <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
	Fecha nacimiento: <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>		Departamento: _____						Ciudad: _____			
	Porcentaje participación accionaria: _____											
	Dirección residencia: _____						Departamento: _____					
	Ciudad: _____						Teléfono: _____				Celular: _____	
	Correo electrónico: _____											
Declaro que: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuento 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: _____												
Fecha de nombramiento _____ Fecha de remoción _____ Actualmente: _____												
Adicionalmente, declaro que: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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.												

Suplente	Nombres: _____		Primer apellido: _____				Segundo apellido: _____					
	Documento: <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NUIP		Número: _____		Fecha de expedición ID <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
	Fecha nacimiento: <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/> <input style="width:30px;" type="text"/>		Departamento: _____						Ciudad: _____			
	Porcentaje participación accionaria: _____											
	Dirección residencia: _____						Departamento: _____					
	Ciudad: _____						Teléfono: _____				Celular: _____	
	Correo electrónico: _____											
Declaro que: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> cuento 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: _____												
Fecha de nombramiento _____ Fecha de remoción _____ Actualmente: _____												
Adicionalmente, declaro que: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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  cuento 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: \_\_\_\_\_

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  Móvil  Virtual  Mpos  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 esta manejando: \_\_\_\_\_ Requiere propina  Si  No  
 Daviplata No. Daviplata del titular: \_\_\_\_\_  
 No. celulares para registrar la entrada de plata al Daviplata registrado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Servicios:**  Corresponsal bancario  Bonos  Servicios públicos  Encuestas  Multicomercio  Otros  Recaudo electrónico  Lealtad  Pago con referencia  
**Ventas no presenciales**  Domiciliación crédito  Domiciliación débito  Pagar en línea a RBM  
 Código cadena: \_\_\_\_\_ Nombre cadena: \_\_\_\_\_ Posee medios de acceso Si  No   
 Agencia 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   
 \*Fiduciaria: Nombre: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ DV| \_\_\_\_\_  
**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   
 \*Fiduciaria: Nombre: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_ DV| \_\_\_\_\_  
**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.

**Entidades financieras donde se puede cancelar la afiliación a incócrédito**

Entidad	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Entidad	Tipo de cuenta	Número de cuenta
BANCOLOMBIA	CORRIENTE	039037 422 - 13	BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24019261836
BANCO AGRARIO	CORRIENTE	0820010270 - 8	COLPATRIA	CORRIENTE	4821011480
BANCO DE OCCIDENTE	CORRIENTE	251038600	BANCO PICHINCHA	CORRIENTE	410334450
DAVIVIENDA	AHORROS	0099 0018 2586	BBVA	CORRIENTE	178005625
AV VILLAS	AHORROS	004 - 165726	PROCREDIT	AHORROS	16-0101-000043-3
BANCO POPULAR	CORRIENTE	110 - 070216841	BANCO DE BOGOTÁ	CORRIENTE	000 349407
BANCO CORPBANCA	CONV. RECAUDO	3506			

Pago por internet: [www.incocredito.com.co](http://www.incocredito.com.co)

**Datos de la consignación**

Pago a:  Incócrédito  Credibanco  Redeban Multicolor  Otra ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Nombre del banco: \_\_\_\_\_ Código del banco:   
 Valor del pago: \_\_\_\_\_ Fecha de la consignación y/o pago: \_\_\_\_\_  
 No. referencia, autorización y/o consignación: \_\_\_\_\_

**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 años  
 Existencia 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  No  
 La 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**

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

<b>Información financiera</b>	Ingresos mensuales _____	Otros Ingresos _____	Descripción _____
	Egresos mensuales _____	Total activos _____	Total pasivos _____
	Total patrimonio _____		
	¿Tiene operaciones internacionales?	¿Qué tipo de operaciones?	Origen/Destino
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Importación <input type="checkbox"/>	Ciudad(es) _____
		Prestamos <input type="checkbox"/>	País (es) _____
	Monto estimado mensual	Exportación <input type="checkbox"/>	Nombre remitente o beneficiario _____
	\$ _____	Pago de servicios <input type="checkbox"/>	
	Otras monedas ¿Cuáles?	Inversiones <input type="checkbox"/>	Banco _____
		Otras <input type="checkbox"/>	No. de cuenta _____
	¿Cuáles? _____	Moneda _____	

**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 lícitas 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 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 pecuniario y no pecuniario. 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](http://www.credibanco.com), [www.davivienda.com](http://www.davivienda.com) y [www.redebanmulticolor.com.co](http://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 Inccredito el envío de SMS al número de celular registrado con información de productos y servicios de la empresa, al igual que notificaciones al correo electrónico registrado.  Sí  No

**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**

**Observaciones**

---



---



---



Credibanco. Sistema de pago de bajo valor.

Redeban Multicolor S.A., Sistema de pago de bajo valor.