

**FORMULARIO DE AFILIACION DE COMERCIOS AL SERVICIO DE CORRESPONSALES NO BANCARIOS (CAJA AMIGA)**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información de la Empresa o Comercio (PERFIL DEL CLIENTE)**

Número de RUC o Licencia Comercial o Patente	Tipo (C, F, J)	Fecha de Inicio de Operación:
Nombre Legal o Razón Social del Comercio		Nombre Comercial
Cantidad de sucursales bajo esta razón social		Sucursal del Comercio a afiliar
Tipo de comercio o actividad comercial		Habitantes o clientela potencial:
Tipo de Local Comercial <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Rentado		Renta mensual: B/. _____
Nombre de propietario: _____		

**Dirección**

Barrio:	Calle:	Casa <input type="checkbox"/> No. _____ Apartamento <input type="checkbox"/> No. _____ Nombre del Edificio: _____
Provincia	Distrito	Corregimiento

**Horario del Comercio**

Lunes a Viernes: De _____ a _____	Sábado: De _____ a _____	Domingo: De _____ a _____
-----------------------------------	--------------------------	---------------------------

**Información del Contacto**

Nombre del Contacto	Cédula	Posición
Teléfono	Celular	Fax
		Apartado Postal
Correo Electrónico	Web site	

**Propietario / Información Oficial**

Propietario/Oficial No. 1	Cargo	% Dueño	Cédula	Teléfono Residencial / Celular
Dirección Residencial (Número y calle)	Ciudad		Corregimiento	Apartado Postal
Propietario/Oficial No. 2	Cargo	% Dueño	Cédula	Teléfono Residencial / Celular
Dirección Residencial (Número y Calle)	Ciudad		Corregimiento	Apartado Postal
Propietario/Oficial No. 3	Cargo	% Dueño	Cédula	Teléfono Residencial / Celular
Dirección Residencial (Número y Calle)	Ciudad		Corregimiento	Apartado Postal
Tiene Cuenta Bancaria en Caja de Ahorros <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sucursal actual o sucursal de preferencia en caso que no tenga cuenta bancaria			

**PARA USO DE AREA DEL BANCO - ADMINISTRACION DE RIESGO Y FRAUDE – VERIFICACION DEL MATCH**

Comercio de Alto Riesgo según MATCH: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Búsqueda en el MATCH: coincidencias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Código de Categoría de Comercio (MCC):
---	--	--

En caso de haber coincidencias, detalle las mismas y el motivo de inclusión en el MATCH

Por Administración de Riesgo y Fraude:	Fecha:	Número de empleado:
--	--------	---------------------

**Información de Referencia de Cuenta Bancaria**

Nombre del Banco	Tipo de Cuenta	Sucursal

**Información de Referencia Comercial**

Nombre de la Referencia Comercial	Contacto	Teléfono

<b>Información de Referencia Personal</b>			
Nombre	Dirección	Tel. Oficina	Tel. Residencia
<b>Historial como Comercio (PERFIL FINANCIERO)</b>			
Comercio Adquirente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Banco:	Fecha de Inicio del servicio:	Fecha de terminación del servicio:
Esta vigente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Volumen Mensual de Ventas B/.		Meses de mayor volumen:	
Recibe transacciones: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
A través de: <input type="checkbox"/> IP <input type="checkbox"/> GPRS <input type="checkbox"/> Dial Up			
Dado que este comercio acepta pagos con tarjetas electrónicas, confirme si este comercio o algún comercio de sus propietarios le ha sido alguna vez cancelado el servicio de Adquirencia o Caja Amiga de este u otro local comercial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo explique:			
El comercio ha sido cesado, suspendido o intervenido por alguna institución gubernamental (MINSa, MITRADEL, MICI u otro) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, explique.	

**1. El Comercio Afiliado declara que toda la información y documentos que él ha suministrado a la Caja de Ahorros para tramitar la presente solicitud son fieles, ciertos y veraces. Así mismo, el Comercio Afiliado autoriza suficientemente a la Caja de Ahorros para que, en cualquier momento:**

- Suministre, solicite y/o verifique cualquier información que se requiera con ocasión de la presente solicitud.
- Debite las cantidades necesarias para el pago de cualesquiera obligaciones derivadas de la prestación del referido servicio, de cualquier cuenta de depósito que el Comercio Afiliado mantenga o llegare a mantener en esta institución financiera.

**2. El comercio Afiliado declara que autoriza a LA CAJA DE AHORROS a solicitar directamente a su empresa, carta de referencia comercial y que la misma sea suministrada a LA CAJA DE AHORROS:**

- Solicite, conozca, suministre, intercambie, recopile y transmita información relacionada con nuestro negocio, a cualesquiera empresa. La referida autorización se mantendrá vigente para que se ejerza tantas veces como sea necesario, durante todo el tiempo que nuestro comercio mantenga cualquier tipo de relación con la Caja de Ahorros.

**3. El comercio Afiliado autoriza expresamente a la Caja de Ahorros para que pueda:**

- Suministrar y/o actualizar cuando lo estime conveniente, nuestras referencias de crédito en Asociación Panameña de Crédito (APC), como en cualquier otra agencia de información que en el futuro se cree o agentes económicos, en los términos que lo define la Ley No. 24 de 22 de mayo de 2002 y la Ley No. 14 de 18 de mayo de 2006, que modifica y adiciona artículos a la Ley 24 antes mencionada, informaciones relacionadas con obligaciones, operaciones o transacciones comerciales, económicas, financieras, bancarias o de cualquier otra naturaleza análoga, que mantuvo o pudiera mantener con dichos agentes económicos, así como también para que registre, actualice y recopile información de crédito que mantengo o pudiera mantener con ustedes, ya sea que aparezca a título personal y/o a nombre de la empresa a la cual represento.
  - ☞ En caso de ser una Sociedad Anónima o una Entidad Gubernamental, se autoriza a Caja de Ahorros a revisar en la APC las referencias de crédito de los miembros de la Sociedad o los firmantes de la Entidad Gubernamental.
- Estamos anuente que la Caja de Ahorros mantendrá a nuestra disposición y hará entrega a requerimiento de toda la información recibida sobre la base de la actualización emitida en el presente documento.

**Manifiesto expresamente que exonero y/o libero a LA CAJA DE AHORROS, de cualquier consecuencia o responsabilidad resultante del ejercicio que haga del derecho a solicitar o suministrar información de conformidad con los puntos mencionados.**

**POR EL COMERCIO:**

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Cédula:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>Sección de Inspección Física de Comercio (VISITA DOMICILIARIA)</b>					
Tipo de Localidad	<input type="checkbox"/> Venta por menor	<input type="checkbox"/> Oficina de Servicio	<input type="checkbox"/> Industrial	<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Otra
Metros Cuadrados	<input type="checkbox"/> 0-250	<input type="checkbox"/> 251-500	<input type="checkbox"/> 501-2000	<input type="checkbox"/> Más de 2000	
El comercio y las facilidades son adecuadas para desarrollar el servicio?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Existe cable telefónico y tomacorriente cerca a la caja para conectar la terminal POS?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuál es el operador de telefonía con mayor cobertura en la zona? _____					
El comercio muestra un inventario suficiente para su actividad comercial?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio está abierto y operando? Si la respuesta es negativa, cuándo iniciará operaciones? Fecha de Inicio de Operaciones: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El nombre del comercio es consistente con los letreros visibles?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los productos o servicios del comercio son entregados al tiempo de venta? Si la respuesta es negativa, en cuánto tiempo se entregan los productos o servicios al cliente final?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Los productos tienen garantía? <input type="checkbox"/> 30 días <input type="checkbox"/> 60 días <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio conoce el manejo de los vouchers o slip de las transacciones que imprime la terminal punto de venta?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio conoce el tiempo de custodia?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El comercio tiene conocimiento de medidas para prevenir el fraude en transacciones con tarjetas de crédito/débito/prepago?					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se incluyen fotografías del comercio <input type="checkbox"/> Entorno de la comunidad <input type="checkbox"/> Hacia el frente del comercio (referencia) <input type="checkbox"/> De fachada frontal <input type="checkbox"/> Del área interna y caja <input type="checkbox"/> Inventario y Depósito			Observaciones:		

¿Este comercio es el más apropiado en la región visitada para brindar el servicio Caja Amiga?
¿Existe algún otro comercio potencial en el área para el servicio Caja Amiga?
Límite Propuesto: B/. _____

Con la firma a continuación, confirmo que he realizado la inspección física del comercio y que la información suministrada es correcta y que ha sido preparada y entregada por el Comercio.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Número de Empleado del  
Ejecutivo de Venta Electrónica

\_\_\_\_\_  
Firma Ejecutivo de Venta Electrónica

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARÁMETROS ASIGNADOS AL COMERCIO – CAJA AMIGA**

Número de Comercio Caja Amiga:	Número de Cajero Asignado:
Número de cuenta de comisiones:	

**Tipos de Transacciones: Incluir Todas Excepto:**

<input type="checkbox"/> Depósitos	<input type="checkbox"/> Pago a Préstamos y Tarjetas	<input type="checkbox"/> Pago de Servicios Públicos	<input checked="" type="checkbox"/> Pago de Impuestos
<input type="checkbox"/> Transferencias entre Cuentas	<input type="checkbox"/> Retiro de Efectivo CC y CA	<input type="checkbox"/> Retiro de Efectivo TP y TC	
<input type="checkbox"/> Consultas de Saldos y Movimientos	<input checked="" type="checkbox"/> Pago de Servicios Públicos con TC/Prepago		

Parámetros Generales por Comercios			Parámetros de Comisiones		
Descripción	Monto	Cantidad	Cantidad de transacción	Tipo Porc. / Monto	Valor Comisión por transacción
Entrada de Efectivo - Efectivo			01-999	Monto	0.25
Salida de Efectivo - Cuenta					
No Aplica - Cuenta					

Cantidad de Tarjetas Administrativas :		Cantidad de Terminales :	
--	--	--------------------------	--

**TERMINAL DE COMUNICACIÓN**

Tipo de Equipo :

Dial Up

IP Ethernet

GPRS      Compañía Telefónica con mejor Cobertura: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE APROBACIÓN**

Aprobado       Negado

Comentario

---

Modalidad Aprobada Caja Amiga:

Límite Operativo

Límite Operativo con pignoración de cuenta

Límite Aprobado: B/. \_\_\_\_\_

**FIRMAS**

Oficial de Soporte y Venta Electrónica	Jefe de Corresponsales No Bancarios	Gerente Directivo de Canales Alternos y Tarjetas
Fecha:	Fecha:	Fecha: