



ALIMENTO BALANCEADO

SOLICITUD DE APERTURA DE CLIENTES

EMPRESA

RESERVADO PARA LA EMPRESA:

VENDEDOR

FECHA DE RECEPCIÓN

1. IDENTIFICACION DEL CLIENTE

NOMBRE Y RAZÓN SOCIAL DE QUIEN DEBE CONSTAR EN FACTURACION

DIRECCIÓN

CIUDAD

PROVINCIA

PARROQUIA

CALLES

TIEMPO DE FUNCIONAMIENTO

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO

CORREO ELECTRÓNICO

LOCAL QUE OCUPA ES:

ARRENDADO

PROPIO

RUC:

C.C.:



ALIMENTO BALANCEADO

SOLICITUD DE APERTURA DE CLIENTES

APPELLIDOS - NOMBRES (GERENTE, PROPIETARIO O ADMINISTRADOR)

CÉDULA DE IDENTIDAD

APPELLIDOS - NOMBRES (CÓNYUGUE)

CÉDULA DE IDENTIDAD

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

TELÉFONO

PERSONAS AUTORIZADAS PARA FIRMAS DE ACEPTACIÓN DE FACTURAS:

NOMBRE

FIRMAS

CÉDULA DE IDENTIDAD

AUTORIZO A LA EMPRESA PARA QUE VERIFIQUE LOS DATOS PROPORCIONADOS.

2. INFORMACIÓN ECONÓMICA FINANCIERA

CAPITAL DE TRABAJO

MONTO ESTIMADO DE VENTAS
MENSUALES DEL NEGOCIO \$

MONTO DE COMPRA OTROS PRODUCTOS
A EMPRESAS RELACIONADAS

\$



ALIMENTO BALANCEADO

SOLICITUD DE APERTURA DE CLIENTES

AVALÚO

BIENES INMUEBLES	DIRECCIÓN	CATASTRAL \$	COMERCIAL \$

VEHÍCULOS

MODELO	MARCA	PLACAS N#	AVALÚO COMERCIAL

OTROS BIENES

--

NOTA: En cada caso se debera presentar documentos que demuestren la propiedad de los bienes declarados.

3. REFERENCIAS

Sirvase citar solo los nombres de personas naturales o juridicas con quiénes trabajó actualmente.

COMERCIALES DEL NEGOCIO

NOMBRE	TELÉFONO



ALIMENTO BALANCEADO

SOLICITUD DE APERTURA DE CLIENTES

BANCARIAS

BANCOS

CUENTA CORRIENTE N#

CUENTA AHORROS N#

PERSONALES

NOMBRE

DIRECCIÓN

TELÉFONO

COMERCIALES

NOMBRE

DIRECCIÓN

TELÉFONO

NOMBRE DE UN FAMILIAR CERCANO QUE NO VIVA CON USTED:

¿TIENE UN FAMILIAR EN ESTA EMPRESA?

SI

NO

NOMBRE



ALIMENTO BALANCEADO

SOLICITUD DE APERTURA DE CLIENTES

4. CONDICIONES DEL CRÉDITO SOLICITADO

CONDICIONES DE PAGO

(NO PUEDE SER MAYOR DE 15 DÍAS)

DÍAS DE PAGO

MONTO SEMANAL QUE SOLICITA

(NO PUEDE SER MAYOR DE 15 DÍAS)

UNIDADES

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE



ALIMENTO BALANCEADO

SOLICITUD DE APERTURA DE CLIENTES

ÁREA PARA LA EMPRESA

No usar. Solo para ser llenado en la oficina REFERENCIAS COMERCIALES

6. VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN*

	NOMBRE	INFORMANTE	DESDE D/M/A
1.			
2.			
3.			

	MONTO DE COMPRAS MENSUALES	FORMA DE PAGO	CHEQUES POSFECHADOS	CALIFICACIÓN
1.				
2.				
3.				

REFERENCIAS BANCARIAS

	NOMBRE	INFORMANTE	DESDE D/M/A
1.			
2.			
3.			

	SALDO A LA FECHA	PROMEDIO SALDOS	ANTIGÜEDAD DE LA CUENTA	CHEQUES PROTESTADOS	CALIFICACIÓN
1.					
2.					
3.					



ALIMENTO BALANCEADO

SOLICITUD DE APERTURA DE CLIENTES

----- RESULTADO DE LA SOLICITUD -----

APROBADA

NEGADA

INFORMACIÓN VERIFICADA POR:

FIRMA

CONDICIONES DE CRÉDITO APROBADO:

MONTO LÍMITE DE
CRÉDITO SEMANAL

PLAZO

GARANTÍAS

\$

N# DE DÍAS:

JEFE REGIONAL DE CRÉDITO Y COBRANZA

GERENCIA REGIONAL Y/O GERENTE
NAC. CREDITO Y COBRANZA

OBSERVACIONES:

CONTADO

PAGO CONTRA ENTREGA

CRÉDITO

DÍAS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FECHA

FIRMA