



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