



**FORMULARIO DE ACEPTACION
CANAL ALTERNO DE DISTRIBUCION**

FECHA: _____

PERSONA JURIDICA

NOMBRE: _____ RUC: _____

RAZON SOCIAL: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: _____

DIRECCION: _____

TELEFONOS: _____ CELULAR _____ MAIL: _____

CIUDAD DE OPERACIONES: _____ ACTIVIDAD DEL NEGOCIO: _____

AÑOS DE OPERACIÓN; _____ DELEGADO RESPONSABLE : _____

Mail del Delegado: _____ Teléfono Delegado _____

RAMO	% COMISION

FIRMA DEL RESPONSABLE COMERCIAL

Para uso exclusivo de la Compañía:

CODIGO CANAL
POR EL DPTO COBRANZAS:

OBSERVACIONES: _____

Requisitos Canal Alterno de Distribucion

Persona Jurídica			
Copia de Constitucion de la Compañía	<input type="checkbox"/>	Certificado actualizado de cumplimiento SCVS	<input type="checkbox"/>
Copia de aumento de Capital si los hubiere	<input type="checkbox"/>	Copia de recibos de servicios basicos	<input type="checkbox"/>
Copia Completa del Ruc actualizada	<input type="checkbox"/>	Formulario Conozca su Proveedor de Seguros	<input type="checkbox"/>
Copia Nombramiento Representante Legal	<input type="checkbox"/>	Estados Financieros año inmediato anterior	<input type="checkbox"/>
Copia color CI y papeleta votacion RL	<input type="checkbox"/>	Declaracion de IR del año inmediato anterior	<input type="checkbox"/>

Nombre Responsable: _____

Fecha final de Recepción: _____