



REGISTRO DE CLIENTE:

_____ Apertura
 _____ Actualización

_____ Persona Natural
 _____ Persona Jurídica

1. PERSONA NATURAL

_____ Primer Apellido
 _____ Segundo Apellido
 _____ Nombres

Fecha de Nacimiento
DIA - MES - AÑO

--	--	--

Identificación:
 C.C. _____ DV _____ CE _____

Fecha Expedición _____ Expedida en _____

2. OTROS DATOS DEL CLIENTE

Nombre del Conyuge: _____ CC: _____ Exp. En: _____

Empresa donde trabaja: _____ Cargo: _____

Ciudad: _____ Direccion: _____ Telefono: _____ Ext: _____

Empleado(a): _____ Socio(a): _____ Tiempo: _____ Email: _____

Vivienda Propia: _____ Alquilada: _____ Familiar: _____ Direccion residencia: _____

Ciudad: _____ Barrio: _____ Telefono: _____ Celular: _____

Nombre del Arrendador: _____ Direccion Residencia: _____

Ciudad: _____ Barrio: _____ Telefono: _____

3. PERSONA JURIDICA

Razon Social: _____ **NIT.** _____ **DV** _____

Representante Legal: _____ CC: _____ De: _____

Direccion: _____ Barrio: _____ Tel: _____ Ext: _____ Fax: _____

Direccion Correspondencia: _____ Barrio: _____ Tel: _____

Ciudad: _____ E-mail: _____

Escritura N°: _____ Del: _____ Notaria: _____ De: _____

Registro Mercantil: _____ Camara de Comercio De: _____

Clase de Negocio: _____ Tiempo de Establecido: _____

Nombre del Gerente o Administrador: _____

Direccion Para Pagos: _____ Nombre quien autoriza los pagos: _____

4. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del Establecimiento: _____ Local Propio: Si _____ No _____

Dirección del Establecimiento: _____ Ciudad: _____

Departamento: _____ Barrio: _____

Telefono: _____ Fax: _____ Celular: _____

Contacto 1:	Cargo:
E-mail:	Telefono:
Direccion Principal para envio de mercancía:	Ciudad:
Departamento:	Barrio:
Telefono:	Fax:
	Celular:

14. INFORMACION MERCADEO - VENTAS

No. Empleados:	
Cobertura Territorio Geográfico:	
Proyección compra anuales:	
Tipo Productos de Interes:	
Venta Inicial Proyectada:	
Asociaciones a las cual pertenece:	

QUE OTRAS LINEAS DE PRODUCTO MANEJAN ACTUALMENTE ?

--

CUAL ES SU VOLUMEN DE VENTAS ACTUAL ?

--

QUIENES SON SUS COMPETIDORES EN SU TERRITORIO ?

--

QUIENES SON SUS CLIENTES?

Terapeutas Fisicos % :	Ortopedistas %:	Terapeutas Ocupacionales%:
otros % (por favor nombre los) :		

Como nosotros podemos asistirlo, respaldarlo en el cumplimiento de sus objetivos

--

8. REFERENCIAS PERSONALES Y/O FAMILIARES

Nombre 1:	Parentesco:	Tiempo:
Ciudad:	Dirección:	Telefono:
Nombre 2:	Parentesco:	Tiempo:
Ciudad:	Dirección:	Telefono:
Nombre 3:	Parentesco:	Tiempo:

Ciudad:	Dirección:	Telefono:
9. REFERENCIAS COMERCIALES		
1. Empresa:	Ciudad:	Telefono:
Fecha de Ingreso:	Cupo:	Chq Dev: Mora: Observ:
2. Empresa:	Ciudad:	Telefono:
Fecha de Ingreso:	Cupo:	Chq Dev: Mora: Observ:
3. Empresa:	Ciudad:	Telefono:
Fecha de Ingreso:	Cupo:	Chq Dev: Mora: Observ:
10.REFERENCIAS BANCARIAS		
1.	Suc: Tel:	Girador: Cta No: Antg:
2.	Suc: Tel:	Girador: Cta No: Antg:
T. De Crédito:	No: Banco/Corp:	Vence: Cupo:
Tarjeta Débito No:	Banco/Corp:	Vence: Cupo:
12.DOCUMENTOS QUE ANEXAN		
<input type="checkbox"/>	Referencias Comerciales	
<input type="checkbox"/>	Referencias Bancarias con menos de 60 Dias	
<input type="checkbox"/>	Certificado de existencia y representación legal	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Propiedad de Vehículos	
<input type="checkbox"/>	Fotocopia de la Cédula de Ciudadanía.	
<input type="checkbox"/>	Certificado de Cámara de Comercio (No superior a 2 meses de su fecha de expedición)	
15.ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA EMPRESA		
Observaciones y/o sugerencias		
Firma del Cliente y sello C.C. No. Nit No.		