

Formulario único de vinculación de establecimientos de comercios al sistema de medios de pago de bajo valor

Uso exclusivo Proveedor de Servicios de Pago (PSP)

Versión 29 - Julio 3/2024 - Página 1 de 3

Ciudad de radicación:	Fecha de diligenciamiento:	DIA	MES	AÑO
Tipo de solicitud <input type="checkbox"/> Vinculación <input type="checkbox"/> Cambio de razón social				
Marque con una "X" las franquicias o marcas que desea "aceptar en su" comercio o marque todas si el caso.				
Franquicias a las cuales desea afiliarse:	Diners Club <input type="checkbox"/> Número de radicación: _____	Mastercard <input type="checkbox"/> Número de radicación: _____		
	Visa <input type="checkbox"/> Número de radicación: _____	American Express (Aplica para Licenciatario Adquirente Davivienda) <input type="checkbox"/>	UPI (Union Pay) <input type="checkbox"/>	
	Todas <input type="checkbox"/> Incluir los números de radicación en la línea de cada franquicia.			
Sistema (s) de Pagos al (los) que tramita su vinculación:	<input type="checkbox"/> Credibanco	<input type="checkbox"/> Redeban	<input type="checkbox"/> Ambas (Credibanco y Redeban)	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra ¿Cual?: _____
Adquirente:	PSP facilitadora de la vinculación _____			
Nombre entidad que custodia el formulario único de vinculación _____				

Borrar

Solicitud conocimiento y conformidad del compromiso

Obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que lo que se encuentra aquí consignado es cierto, declaro que los recursos del desarrollo de mis actividades provienen de actividades lícitas. En cualquier caso, autorizo la revisión de antecedentes en esta materia y eximo de toda responsabilidad al sistema de pagos al (los) que tramita su vinculación o administrador de franquicia que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento.

Datos del comercio

Razón social:	_____																					
Nombre comercial:	_____																					
Número de matrícula y/o Registro mercantil:	_____												NIT	_____						DV	_____	
Nombre de actividad comercial:	_____																					
Código CIU (RUT)	_____			MCC (Venta no presente)	_____			MCC REAL	_____			Merchant ID	_____									
Tipo de venta:	<input type="checkbox"/> Presencial		<input type="checkbox"/> No Presencial																			
Responsabilidades tributarias (Ver campo 53 del RUT)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
Dirección punto de venta del establecimiento:	_____																					
Departamento:	Código DANE:			Ciudad:						Teléfono punto de venta:												
Dirección de correspondencia y/o facturación:	_____																					
Departamento:	Código DANE:			Ciudad:						Teléfono:												
Teléfono:	Celular:						/															
Correo electrónico:	_____												Zona (código) postal:									
Nota: Es obligatorio suministrar el correo electrónico para la invitación a capacitación.																						
Sitio web:	_____																					
Tipo de empresa/Clase de empresa/Tipo de sociedad:	_____																					
Anónima <input type="checkbox"/>	S.A.S. <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	Limitada <input type="checkbox"/>	Sin ánimo de lucro <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____	Naturaleza: Jurídica <input type="checkbox"/>									Natural <input type="checkbox"/>				
Tipo de vinculación	Permanente <input type="checkbox"/>		Temporal <input type="checkbox"/>		Tipo de establecimiento : Principal <input type="checkbox"/>													Sucursal <input type="checkbox"/>				
Pasarela de pagos:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre de la Pasarela: _____						Merchant ID pasarela principal: _____													
Comercio agregado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Merchant ID del Comercio agregador principal: _____																			
Código agregador franquicia (ID Payment Facilitator): _____																						

Borrar

Datos representante legal, suplente y/o propietarios

Representante legal	Nombres:	Primer apellido:						Segundo apellido:										
	Documento:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NUIP	Número:	Fecha de expedición ID						DIA	MES	AÑO	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
	Fecha nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Departamento:						Ciudad:							
	Dirección residencia: _____																	
	Departamento: _____																	
	Ciudad: _____																	
	Teléfono: _____ Celular: _____																	
Correo electrónico: _____																		

Borrar

Representante legal Suplente	Nombres:	Primer apellido:						Segundo apellido:										
	Documento:	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> NUIP	Número:	Fecha de expedición ID						DIA	MES	AÑO	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>					
	Fecha nacimiento:	DIA	MES	AÑO	Departamento:						Ciudad:							
	Dirección residencia: _____																	
	Departamento: _____																	
	Ciudad: _____																	
	Teléfono: _____ Celular: _____																	
Correo electrónico: _____																		

Borrar

Productos y servicios

Datáfono	Horario de atención para instalación:	<input type="checkbox"/> Diurno	<input type="checkbox"/> Nocturno	<input type="checkbox"/> 24 horas
<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Virtual				
<input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Mpos	<input type="checkbox"/> Pago Móvil	Correo electrónico configuraciones Pago Móvil	_____	
<input type="checkbox"/> Minidatáfono	Marca del smartphone:	Sistema operativo del smartphone: _____		
	Número Celular:	_____		
	Correo electrónico para el envío de licencia:	_____		
CU asociado a la campaña que se esta manejando:		Requiere propina:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Daviplata	No. Daviplata del titular:	_____		
No. celulares para registrar la entrada de plata al Daviplata registrado: _____ / _____ / _____				
Servicios:	<input type="checkbox"/> Corresponsal bancario	<input type="checkbox"/> Servicios públicos	<input type="checkbox"/> Multicomercio	<input type="checkbox"/> Recaudado electrónico
	<input type="checkbox"/> Bonos	<input type="checkbox"/> Encuestas	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Lealtad
			<input type="checkbox"/> Pago con referencia	<input type="checkbox"/> Integración a Caja
Ventas no presenciales	<input type="checkbox"/> Domiciliación crédito	<input type="checkbox"/> Domiciliación débito	<input type="checkbox"/> Pagar en línea a RBM	
Código cadena:	Nombre cadena:	Posee medios de acceso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Agencia de viajes <input type="checkbox"/>	Venta propia <input type="checkbox"/>	Venta propia y tiquetes <input type="checkbox"/>		
Aerolínea <input type="checkbox"/>	Requiere impuestos: Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número IATA:	_____
Tipo de dispositivo:	<input type="checkbox"/> Botón de Pago	<input type="checkbox"/> Conexión Directa -API-	<input type="checkbox"/> Datáfono	<input type="checkbox"/> Datáfono Web
	<input type="checkbox"/> Minidatáfono	<input type="checkbox"/> Pagos Recurrentes	<input type="checkbox"/> Qr Estático	<input type="checkbox"/> Link de Pagos

Borrar

Información de cuentas de depósito

Franquicia:	<input type="checkbox"/> Diners Club	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> American Express (Aplica para Licenciario Adquirente Davivienda)	<input type="checkbox"/> UPI (Union Pay)
Nombre del banco:	_____				Código sucursal: _____
Número de cuenta:	_____	Código banco	_____	NIT cuenta:	_____ DV _____
Nombre del titular de la cuenta:	_____				
Tipo de cuenta:	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> *Fiduciaria: Nombre:	_____				NIT: _____ DV _____
Autorización por el banco	_____				
Nombre del funcionario	C.C.:	_____			Firma del funcionario y sello del banco
Cuenta de depósito adicional	_____				
Franquicia:	<input type="checkbox"/> Diners Club	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> American Express (Aplica para Licenciario Adquirente Davivienda)	<input type="checkbox"/> UPI (Union Pay)
Nombre del banco:	_____				Código sucursal: _____
Número de cuenta:	_____	Código banco	_____	NIT cuenta:	_____ DV _____
Nombre del titular de la cuenta:	_____				
Tipo de cuenta:	Ahorro <input type="checkbox"/>	Corriente <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> *Fiduciaria: Nombre:	_____				NIT: _____ DV _____
Autorización por el banco	_____				
Nombre del funcionario	C.C.:	_____			Firma del funcionario y sello del banco

Borrar

NOTAS LEGALES: Quien suscribe este documento en representación del BANCO PAGADOR, declara que en virtud de las obligaciones que le asisten, se encuentra obligado además a realizar un adecuado conocimiento del establecimiento de comercio, sus propietarios y administradores, de acuerdo con la regulación que rige a las entidades financieras. si mismo declara que tiene también la obligación de prevenir y controlar el lavado de activos y la financiación del terrorismo en lo que le fuere aplicable, que conoce y aplicará la normatividad que en tal sentido se haya proferido, y que tomará las medidas de prevención y control correspondientes y que responderá a la Red generadora de la afiliación y/o administrador de franquicia indemnizándole por cualquier proceso, multa, sanción o perjuicio derivado de su incumplimiento. El BANCO PAGADOR se obliga a realizar todas las actividades encaminadas a asegurar que los recursos en general, depositados en la cuenta del establecimiento, no se encuentren relacionados o provengan, de actividades ilícitas, ni provengan en particular, con el lavado de activos o financiación del terrorismo. Para lo anterior, esta comunicación es certificada con la firma que tenemos registrada en la cuenta, así como el sello y otras características que se encuentran vigentes a la fecha. Esta oficina autoriza que el valor de las ventas efectuadas con tarjetas pertenecientes al sistema de pago, sea depositado en la cuenta mencionada anteriormente; el Banco certifica mediante suscripción del presente documento que ha verificado los datos del comercio.

NOTA: El banco adquirente certifica que la entidad fiduciaria conoce y acepta las condiciones para recibir los depósitos procedentes de las ventas que haga el establecimiento de comercio a través de medios de pago electrónicos. No obstante en el evento de que llegare y prosperar una acción de revocatoria contra el negocio fiduciario y/o contra los traslados de recursos a la cuenta referida en desarrollo de la solicitud antecedida, el Fideicomitente (Comercio) asumirá las consecuencias patrimoniales de todo perjuicio o condena económica que pueda afectar a la Red generadora de la afiliación y/o administrador de franquicia, por esta causa. En este mismo caso, el presente documento prestará mérito ejecutivo para efectos del cobro de cualquier perjuicio económico que llegare a sufrir la Red generadora de la afiliación y/o administrador de franquicia por el no cumplimiento de las instrucciones aquí contenidas.

Información de Pago de la Vinculación del Comercio al (los) Sistema(s) de Pago de Bajo valor

Nombre del banco donde efectua el pago	_____	Código del banco:	_____
Valor pagado \$	_____	Fecha del pago	DIA MES AÑO
Ciudad donde efectua el pago	_____	NIT. del comercio a vincular	_____ DV _____
Número del comprobante de consignación o número de código de barras	_____		
Esta información debe coincidir con su comprobante de consignación y/o pago			

Borrar

Concepto de visita

Aspecto a evaluar	_____			
Ubicación	<input type="checkbox"/> Centro comercial	<input type="checkbox"/> Poco comercial	<input type="checkbox"/> Sector comercial	Actividad en el punto de venta: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> De 1 a 2 años <input type="checkbox"/> Mayor a 2 años
Existencia de mercancía	<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> No tiene
Cadena comercial:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Existencia de aviso:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ventas no presenciales:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No		
Aspectos complementarios a evaluar para ventas no presenciales	_____			
La empresa posee bases de datos de sus clientes:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	La empresa cuenta con políticas para la custodia de información de los clientes:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
La empresa utiliza guión para el contacto con el cliente:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	La empresa realiza grabación de la venta telefónica:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Borrar

Información del asesor comercial

Nombre del funcionario:	_____		
C.C.:	_____	Proveedor de Servicios de Pago PSP, generadora de la vinculación:	_____
Código estrategia:	_____		
El asesor declara que conoce y acepta las políticas de vinculación de comercios definidos por las entidades y que el diligenciamiento del formulario se realizó con base en información y datos veraces del cliente			
Firma:	_____		

Borrar

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS.

Declaro que los bienes, recursos y fuente de los fondos del giro ordinario de los negocios de la sociedad que represento o el establecimiento de comercio del cual soy propietario, según corresponda, en ningún caso involucran actividades ilícitas propias o de terceras personas y en todos los casos son fondos propios y derivados de acciones lícitas y descritas por las siguientes actividades: _____

Declaro, así mismo, que nuestra ocupación no es, ni se relaciona con la actividad habitual de compra o venta de divisas. Declaro que en ningún caso he prestado mi nombre, el del establecimiento de comercio del cual soy propietario o la sociedad que represento, según corresponda, para que terceras personas con recursos obtenidos ilícitamente efectúen inversiones a mi nombre, de la sociedad que represento o del establecimiento de comercio de mi propiedad, según corresponda.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Me obligo a que la sociedad que represento o el establecimiento de comercio de mi propiedad, según corresponda, solamente realizará las actividades autorizadas e incluidas dentro de su objeto y el giro ordinario de su negocio. Así mismo, en mi calidad de propietario del establecimiento de comercio o representante legal principal o suplente de la sociedad que represento, según corresponda; por medio de la presente Solicitud de Vinculación autorizo al Adquirente y a la(s) entidad(es) administradora(s) de sistemas de pago, al inicio y durante mi permanencia en el(los) sistema(s) de Pago, para que, en los términos de la legislación vigente aplicable a la protección de datos personales, habeas data, prevención de lavado de activos y confidencialidad, almacene, consulte, comparta, reporte, procese, actualice y divulgue información comercial y financiera del establecimiento de comercio o sociedad a todas aquellas entidades, nacionales y extranjeras, de carácter público o privado, que manejen o administren bases de datos o centrales de información de riesgo que tengan como fin la prevención del lavado de activos, financiación del terrorismo y/o fraudes o entidades que brinden y presten servicios para la prevención de dichas situaciones y/o el patrón de cumplimiento de las obligaciones de carácter pecuniario y no pecuniario. La información financiera, comercial, operativa, de mercado y perfil de riesgo del establecimiento de comercio o sociedad solamente será utilizada para los siguientes fines: (1) control y prevención del fraude y otros riesgos relevantes para la relación, así como la determinación del perfil de riesgo del establecimiento; (2) control y prevención del lavado de activos y financiación del terrorismo;(3) verificación y monitoreo de las transacciones realizadas a través de la red generadora de la vinculación; (4) auditoría y verificación del historial de incidentes relacionados con el lavado de activos, financiación del terrorismo y/o fraudes y/o el patrón de cumplimiento de otras obligaciones contractuales;(5) cumplimiento de las obligaciones en cabeza del AFILIADO relacionadas con la prevención y control del lavado de activos, financiación del terrorismo y/o fraudes y/u otras obligaciones contractuales; y (6) para dar cumplimiento a requerimientos realizados por autoridades competentes. (7) actividades de estadística, encuestas, muestreo, segmentación, estudio de mercadeo, estructuración y personalización de productos y servicios, así como ofrecimiento de los mismos;(8) mantenimiento de la historia fidedigna y soporte informático de incidentes y operaciones que fluyan a través del sistema de pago;(9). Su conocimiento y tratamiento para materias relacionadas con las operaciones y sus incidentes por parte de otros Participantes y Procesadores de Servicios de Pago que intervengan en dichas operaciones. La permanencia, depuración, revisión y actualización de la información residente en los sistemas de información del sistema de pago, depende de la naturaleza de la información y se sujeta a las disposiciones constitucionales y legales que apliquen, a las reglas sobre gestión de archivos que se definan en los manuales operativos, a las mejores prácticas de buen gobierno corporativo, así como a los criterios definidos por la jurisprudencia constitucional para cada tipo de información. El establecimiento vinculado se obliga a actualizar su información al menos una vez al año, a través de los medios o dispositivos informados y facilitados por el sistema de pago para tal fin. Finalmente, autorizo, para que realice tratamiento de mis datos personales de conformidad con los términos y finalidades previstos en su política de tratamiento de datos personales del Adquirente y de la(s) entidad(es) administradoras de sistemas de pagos de bajo valor a las que me vinculo, que declaro haber leído y aceptado.

CUMPLIMIENTO NORMATIVO AMBIENTAL

Durante toda la ejecución del contrato, el [VINCULADO] deberá seguir y cumplir las instrucciones y procedimientos de relacionados con la recolección y gestión de Residuos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos (RAEE), debidamente informados por la red a la que se vincula y disponibles en su página web. A la terminación del contrato, en el evento que por cualquier causa, el [VINCULADO] no proceda a devolver los Equipos a:-----, cumpliendo con los términos y condiciones previstos en este contrato, y en especial, atendiendo las disposiciones aplicables del procedimiento establecido por el Sistema (s) de Pagos al (los) que tramita su vinculación.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL CONTRATO COMERCIAL Y REGLAMENTO DE AFILIACIÓN A LOS SISTEMA DE PAGOS Y ADMINISTRADORES DE FRANQUICIA,

Con la suscripción de la presente solicitud de afiliación, declaro conocer y aceptar de manera libre y voluntaria, habiendo leído en su integridad, los términos y condiciones del contrato comercial y reglamento de afiliación a los sistemas de pago y/o administradores de franquicia disponible en las paginas web: www.credibanco.com, www.darivienda.com/y/www.redebanmulticolor.com.co

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL CONTRATO SUSCRITO CON EL ADQUIRENTE Y/O CON SUS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE PAGO CON OCASIÓN DE LA DELEGACION DADA POR EL ADQUIRENTE Y SUS ANEXOS QUE RIGEN LA RELACION DE VINCULACIÓN.

Con la suscripción de la presente solicitud de vinculación, declaro conocer y aceptar de manera libre y voluntaria, habiendo leído en su integridad, los términos y condiciones del (los) contratos y anexos que rigen la relación de adquirencia y la vinculación a los sistemas de pago.

El comercio declara conocer y acepta que conforme al artículo 2.17.1.1.1., numeral 1, del Decreto 2555 de 2010, la actividad de adquirencia solo puede ser desarrollada por los establecimientos de crédito, las sociedades especializadas en depósitos y pagos electrónicos - SEDPES y por Adquirentes no Vigilados debidamente inscritos en el registro de Adquirentes no Vigilados de la Superintendencia Financiera de Colombia y que dicha actividad comprende: (1) La Vinculación a los comercios al sistema de pago de bajo valor; (2) El Suministro al comercio de tecnologías de acceso que le permitan el uso de instrumentos de pago; (3) El Procesamiento y tramite de órdenes de pago o transferencia de fondos iniciadas a través de las tecnologías de acceso; y, (4) El Abono al comercio o al agregador, en los términos con ellos convenidos, de los recursos de las ventas realizadas a través de las tecnologías de acceso a él suministradas, así como la gestión de los ajustes a los que haya lugar derivados de un proceso de controversias, devoluciones, reclamaciones o contracargos y notificar al usuario la confirmación o rechazo de la orden de pago o transferencia. Los adquirentes podrán disponer el desarrollo de las tres primeras actividades enunciadas en terceros contratistas del adquirente denominados proveedores de servicios de pago (PSP), pudiendo las redes o entidades administradoras de sistemas de pagos asumir dicho rol. En todo caso, la relación contractual del comercio será directa y únicamente con el adquirente, quien será responsable ante el sistema de pago, los participantes y sus usuarios, por el cumplimiento de las funciones aquí listadas.

Sin perjuicio de lo anterior, es parte de los deberes del comercio derivados de su vinculación al sistema de pagos, el cumplimiento por parte del comercio de las políticas, programas, pautas, manuales o reglas comunes de operación que disciplinen la actuación de los comercios o establezcan estándares o procedimientos a cargo de los mismos que dictaren las entidades administradoras de sistemas de pago o las franquicias sin que las mismas impliquen relación contractual entre el comercio y aquellas. Tales instrumentos podrán consultarse en: [web: www.credibanco.com](http://www.credibanco.com), www.darivienda.com y www.redebanmulticolor.com.co y en la de los otros sistemas de pagos de bajo valor.

IMPORTANTE:

De haber suscrito usted anteriormente un reglamento para la aceptación y recepción de las tarjetas y medios de pago de las franquicias Diners Club, Mastercard, Visa, AMEX y Union Pay, con un Adquirente que mantenga un relacionamiento directo con alguna(s) de dichas franquicias, es necesario que recuerde que la relación con dicho Adquirente es enteramente autónoma y escapa a los alcances de la presente vinculación. En tal situación, el desarrollo de dicha relación, se deberá sujetar a los términos del reglamento definido con aquella entidad financiera. Autorizo a Diners Club, Redeban Multicolor, Credibanco e Incocrédito el envío de información, contacto, notificación y facturación, referente a productos y servicios a través de los diferentes canales de comunicación con los que se cuente en los sistemas de información.

Autorizo a CREDIBANCO y REDEBAN para que el débito automático a cuentas de ahorro o corriente que se realiza mensualmente por la prestación de los productos y/o servicios, se realice a la cuenta de depósito asociada al Merchant ID. En el evento de modificación o cambio de la cuenta de depósito asociada a dicho código el débito automático se realizará a la nueva cuenta que deberá ser reportada por el comercio.

Observaciones

Firma propietario o representante legal

Nombre del propietario o representante legal del establecimiento: _____

Tipo de identificación : Cédula ciudadanía Cédula extranjería Pasaporte NUIP

Número: _____

Firma del titular y/o representante legal

Documento compuesto por tres páginas.

Sello del titular y/o representante legal

Huella indice derecho

Restaurar formulario



Credibanco. Sistema de pago de bajo valor.



Redeban Multicolor S.A., Sistema de pago de bajo valor.

Borrar

Borrar