

Servicio SOLICITUD <input type="radio"/> MODIFICACIÓN <input checked="" type="radio"/> CANCELACIÓN <input type="radio"/>		Ciudad	Fecha de Diligenciamiento		
Nombre de la Empresa / Razón Social		Número de identificación (NIT) * Incluir dígito de verificación	Número de Empleados		
DATOS DE CONTACTO DE LA EMPRESA					
Nombres y Apellidos		Tipo de Documento CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/> Cuál?	Número de Identificación		
Dirección Empresa		Cargo	Teléfono Comercial	Teléfono Celular	
Autorizo al Banco de Occidente enviar información a		*Dirección Electrónica SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Celular SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	E-Mail *Diligenciar el correo electrónico		

SOLUCIONES DE RECAUDO

Cobertura del Servicio Oficina <input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/>	
Forma de Recaudo Efectivo <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Datáfono <input type="checkbox"/>	
Número de timbres que requiere el formato <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
Desea Restringir la Cuenta? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> Consignación Local y Nacional <input type="checkbox"/> Consignación Aval <input type="checkbox"/> Remesas <input type="checkbox"/> Consignación Caja Rápida <input type="checkbox"/> Código de Barras en Oficina <input type="checkbox"/>	
Tipo de Cheque Gerencia <input type="checkbox"/> Cheque Banco de Occidente <input type="checkbox"/>	
Cheque girado a nombre de:	
Requiere recaudar valores en cero? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Distribución del formato de recaudo (Número de partes de la factura y su distribución)	
Desea que el Banco entregue los cupones recaudados? * SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	
Distribución de los Desprendibles	
<input type="checkbox"/> Usuario <input type="checkbox"/> Banco <input type="checkbox"/> Recaudador	
Presentación del Extracto Mensual	
Detallado con Referencia(s) <input type="checkbox"/> Consolidado <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/>	
* Si desea que el Banco entregue los cupones recaudados, se debe tener en cuenta que si la cobertura es en la Ciudad, Regional o Nacional, tomará un tiempo de 1, 3 y 5 días respectivamente.	
Aplica para Clientes SAES	

CÓDIGO DE BARRAS

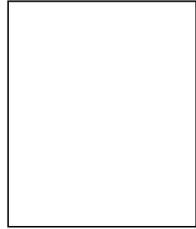
Cuenta N°1:	
<input type="checkbox"/> Código GS1 (Asignado por GS1 Colombia) <input type="checkbox"/> Código Banco	Tipo de Documento Utilizado para el Recaudo Factura <input type="checkbox"/> Tarjeta Plástica <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
Formato informe Diario Andesco <input type="checkbox"/> Asobancaria 98 <input type="checkbox"/> Asobancaria 2001 <input type="checkbox"/>	
Desea que el Banco recaude facturas vencidas? (Marcar 'Si' para tarjeta Plástica)	Desea que el Banco recaude facturas con vencimiento del día en Horario Adicional?
Desea que el Banco controle el valor a recaudar? (El valor a recaudar debe ser igual al que viene en la factura) (Marcar 'No' para tarjeta Plástica)	Medio de Entrega del Informe Diario OcciRed <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/>
Qué Referencias Utiliza el Código de Barras? Referencia 1 <input type="checkbox"/> Referencia 1 y 2 <input type="checkbox"/>	Utiliza algoritmo de validación para las referencias? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En cuál de las referencias tiene el algoritmo? Ref. 1 <input type="checkbox"/> Ref. 2 <input type="checkbox"/> Ref. 1 y 2 <input type="checkbox"/>	
Requiere captura de los recaudos por Contingencia Manual? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Cuál es el algoritmo que utiliza? Anexar Estructura.	
Información Adicional	

FIRMAS

Firma del Representante Legal



Firma del Representante Legal



Nombre

Nombre Persona Natural o Jurídica

C.C./ Nit:

C.C./ Nit:

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL BANCO

Firma del Gerente

Nombre:

Código:

Firma Visación / Revisión:

Aux. Servicios Cartera / Secretaria / Gerente de Cuenta

Cód.