

## FORMULARIO DE DISTRIBUIDOR

Ciudad: .....

Fecha: .....

### DATOS GENERALES

Persona Natural  Persona Jurídica  Contribuyente Especial Sí  No

Razón Social: .....

C.I. / R.U.C.: ..... P. Natural / R. Legal: .....

Dirección: .....

Ciudad: ..... Provincia: .....

Correo: ..... Teléfono: .....

Inicio de Actividades: ..... Venta Anual: (Última declaración) .....

Estado Civil: ..... Cónyuge: .....

Teléfono: ..... C.I.: .....

### SOBRE LA EMPRESA

Año de Fundación: ..... Actividad Comercial: .....

Total de Empleados: ..... Área Comercial: ..... Área Administrativa: ..... Operaciones/Logística: .....

### RESPONSABLES POR ÁREA

#### Responsable de Licitación:

Nombre: ..... Teléfono: .....

Correo: .....

#### Responsable de Mercado Privado:

Nombre: ..... Teléfono: .....

Correo: .....

#### Director:

Nombre: ..... Teléfono: .....

Correo: .....

#### Gerente:

Nombre: ..... Teléfono: .....

Correo: .....

#### Departamento de Marketing:

Nombre: ..... Teléfono: .....

Correo: .....

#### Departamento de Logística (Compras e Importaciones)

Nombre: ..... Teléfono: .....

Correo: .....

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VENTAS** (La suma debe ser 100%)

Principal sector donde aplica su estrategia comercial: Público  Privado

Público (%): \_\_\_\_\_ Privado (%): \_\_\_\_\_ Otro (%): \_\_\_\_\_

**PRINCIPAL LÍNEA DE NEGOCIO DE SU EMPRESA**

Ayudas Técnicas  Mobiliario Médico  Equipos Médicos  Instrumental e Implantes Quirúrgicos   
Consumibles Médicos  Soporte Técnico  Otro

En caso de seleccionar "Otro", especifique: \_\_\_\_\_

**ZONA DE COBERTURA COMERCIAL** (Provincias)

Público: \_\_\_\_\_

Privado: \_\_\_\_\_

**ESTRUCTURA FÍSICA DE SU EMPRESA** (Ubicación).

Oficina: \_\_\_\_\_

Bodega: \_\_\_\_\_

Local Comercial: \_\_\_\_\_

Sucursales: \_\_\_\_\_

**PROVINCIAS A LAS QUE DESEA AMPLIAR SU COBERTURA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE SU COMPETENCIA LOCAL**

Ventajas	Desventajas
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**PRINCIPALES MARCAS QUE DISTRIBUYE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INDIQUE EL MEDIO O REFERENCIA POR EL CUAL CONOCIÓ NUESTRA EMPRESA**

Referencia de Cliente  Referencia de Proveedor  Contacto Comercial  Evento o Feria   
Internet  Redes Sociales  Otro (Especifique)  \_\_\_\_\_

**CAPACITACIÓN COMERCIAL Y TÉCNICA** (Enliste al personal de su empresa que requiera capacitar)

---

Nombres: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**PROYECCIONES (USD)**

---

Monto de Compra Anual: \_\_\_\_\_ Proyección de Ventas: \_\_\_\_\_

**EXPECTATIVAS DE COLABORACIÓN CON MEDECU C.A.**

---

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REFERENCIAS COMERCIALES DEL CLIENTE**

---

Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Correo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Correo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Correo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS BANCARIAS DEL CLIENTE**

---

Banco: \_\_\_\_\_ N° de Cta: \_\_\_\_\_  
Año de apertura de la cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: Cta. de Ahorros  Cta. Corriente:

Banco: \_\_\_\_\_ N° de Cta: \_\_\_\_\_  
Año de apertura de la cuenta: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: Cta. de Ahorros  Cta. Corriente:

**REQUISITOS EMPRESAS / PERSONAS JURÍDICAS**

1. Copia del RUC actualizado.
2. Copia de la cédula de identidad y papeleta de votación del representante legal.
3. Copia del nombramiento del representante legal.
4. Declaraciones del impuesto a la renta de los dos últimos años.
5. Certificado bancario con cifras.
6. Tres referencias comerciales por escrito.

**REQUISITOS PERSONAS NATURALES**

1. Copia del RUC actualizado.
2. Copia de la cédula de identidad y papeleta de votación del cliente y del cónyuge.
3. Copia del último recibo de luz o agua.
4. Copia de la declaración del impuesto a la renta del último año.
5. Certificado bancario con cifras.
6. Tres referencias comerciales por escrito.

---

**Firma del Representante de la Empresa**

Nombre:  
C.I.:  
Cargo:

---

**Firma del Cónyuge**

Nombre:  
C.I.:

---

**Firma del Aprobador**

Nombre:  
C.I.:  
Cargo:

---

**ESPACIO PARA USO INTERNO MEDICA ECUADOR C.A.**

**INFORME DE VERIFICACIÓN**

---

**Firma del Responsable**

Nombre:  
Fecha:

He verificado la información de dirección de oficina o local comercial.  
He verificado la información de referencias comerciales  
He verificado la información de bienes reportados  
El cliente tiene una antigüedad mínima de tres meses  
El cliente ha realizado mínimo 5 compras de contado