

**SOLICITUD DE SERVICIO PORTAL TRANSACCIONAL**

FECHA DE SOLICITUD (dd/mm/aaaa)

CIUDAD

OFICINA

DATOS DEL SOLICITANTE

RAZÓN SOCIAL:

NIT:

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRES COMPLETOS:

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:

CC CE CD PASAPORTE

N° IDENTIFICACIÓN:

FECHA DE EXPEDICIÓN:

Seleccione la opción que considere más apropiada dependiendo de la necesidad actual en el uso de Token, teniendo cuenta lo siguiente:

1. Al marcar la opción "SI", todos los usuarios (Administradores y Secundarios) que se encuentren creados bajo el Nit de su Empresa para la utilización del Portal del Banco Pichincha Colombia, requerirán la utilización de Token de Forma obligatoria para hacer uso de la Zona transaccional.

2. Al marcar la opción "NO", podrá decidir a qué usuarios (Administradores y/o Secundarios), asignará Token, para hacer uso de la Zona transaccional del Banco Pichincha Colombia.

3. Si únicamente desea asignar Token a los administradores seleccione la opción "NO" y realice la marcación "SI" para cada uno de los administradores en la sección "Relación de Administradores".

ASIGNACIÓN DE TOKEN POR EMPRESA?

SI NO

ADMINISTRADORES SON TRANSACCIONALES?

SI NO **RELACIÓN DE ADMINISTRADORES****ADMINISTRADOR 1:**

NOMBRES:

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

CARGO EN LA ENTIDAD:

TELÉFONO EXT.

N° CELULAR:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:

CC CE CD PASAPORTE

N° DE IDENTIFICACIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN DE OFICINA:

CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

ADMINISTRADOR 2:

NOMBRES:

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

CARGO EN LA ENTIDAD:

TELÉFONO EXT.

N° CELULAR:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN:

CC CE CD PASAPORTE

N° DE IDENTIFICACIÓN:

CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN DE OFICINA:

CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

PARAMETRIZACIÓN DE MONTOS*ESTA PARAMETRIZACIÓN SE EXTIENDE A TODAS LAS CUENTAS Y PRODUCTOS ACTIVOS*

MONTO MAX. DIARIO DE TRANSACCIONES

MONTO MÁXIMO POR CADA TRANSACCIÓN

EMPRESAS TIPO SEDES

Su empresa requiere un manejo de productos independiente por cada Regional?

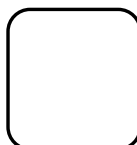
SI NO Si la respuesta fue afirmativa, diligenciar el formato **GS-OPR-FI-025****OBSERVACIONES**

En mi calidad de Representante Legal de la empresa, autorizo al Banco Pichincha para enviar y activar cuando lo considere, una contraseña, para cada uno de los usuarios relacionados en el presente formato, así como las demás disposiciones establecidas en el mismo. En señal de conformidad con lo anterior registro mi firma y huella:

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

Nombres y Apellidos:

N° Documento de Identidad:

**FIRMA FUNCIONARIO DEL BANCO QUE RECIBE**

Nombres y Apellidos:

N° Documento de Identidad: