

DXN MEXICO, S.A. de C.V.
Londres 47 PB, 1° y 4° Piso;
Colonia Juárez, Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Ciudad de México, México.
Tel.: (55) 5207-6228 Fax: (55) 5207-6229
www.dxn2ulata.com

SOLICITUD DE CENTRO DE SERVICIO
(Para ser enviada al Departamento de Centros de Servicio)

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____
Número de Membresía: _____ Estatus: SSD ESSD DD EDD TD
Codigo Postal: _____ Ciudad / Estado: _____ / _____
Dirección: _____
Numero Telefonico: _____ Cel: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Fememino RFC: _____
Religion: _____ Ocupación: _____ Banco: _____
Correo Electronico: _____ No. de Cuenta: _____

II. INFORMACION DEL ESPOSO (A)

Nombre: _____
No. De Membresía: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Religion: _____ Occupation: _____

III. INFORMACIÓN DE LA UBICACIÓN DEL CENTRO DE SERVICIO

Dirección: _____

Codigo Postal: _____ Ciudad / Estado: _____ / _____
No. Tel.: _____ Fax: _____ Cel: _____
Area del Centro de Servicio Total: _____ m² Area de ventas: _____ m² Area de entrenamiento: _____ m²
Otras Instalaciones: _____ Distancia del Centro de Servicio mas Cercano: _____ km
Monto de la compra inicial: \$ _____ MN Fecha de Facturación: _____ / _____ / _____

IV. RECOMENDADO POR:

Nombre: _____
Número de Membresía: _____ Estatus: SSD ESSD DD EDD TD
Dirección: _____
Codigo Postal: _____ Ciudad / Estado: _____
No. Tel.: _____ Fax: _____ Cel: _____

Yo, _____, con numero de membresía: _____, residiendo en la dirección indicada anteriormente, demuestro mi interés en solicitar un Centro de Servicio en la dirección mencionada anteriormente. Juro seguir y cumplir las Políticas y Procedimientos de la Compañía en Ventas, Operaciones y Reclutamiento, Contrato de Operaciones de Centros de Servicio, Deberes de los Centros de Servicio, Normas y Reglamentos y el Código de Conducta del Distribuidor de DXN. Afirmo que la información proporcionada anteriormente proviene de mi parte es verdadera y correcta y es de mi conocimiento. Y que la Compañía reserva el derecho a desaprobar mi solicitud por cualquier representación inapropiada y/o anular mi contrato de Centro de Servicio por cualquier violación a las Políticas, Normas y Reglas de la Compañía cometidas por la persona que lo firma. Todas las solicitudes serán sujetas a la inspección previa a la aprobación. La compañía reserva el derecho a desaprobar la solicitud, si lo considera necesario sin ninguna obligación de proporcionar razones por dicha decisión. La solicitud de Centro de Servicio firmada y Contrato de Operaciones de Centros de Servicio debe ser completada y enviada a la Compañía con los documentos relevantes solicitados.

Firma del solicitante/Fecha

Recomendado por: _____

Firma/Fecha

PARA USO DE LA DIRECCIÓN (No completar)

Fecha de la Entrevista: _____ Período de Prueba: 3 meses 6 meses
Recomendado para Aprobación por: _____ Aprobado por: _____



DXN MEXICO, S.A. de C.V.
Londres 47 PB, 1° y 4° Piso;
Colonia Juárez, Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Ciudad de México, México.
Tel.: (55) 5207-6228 Fax: (55) 5207-6229
www.dxnmexico.com

MAPA DE UBICACIÓN

Por favor haga un bosquejo de la ubicación del Centro de Servicio haciendo referencia a:

Carretera, Via Rapida, Avenida principal, entre que Calles se encuentra Ubicado
Área Cubierta - Municipio, Ciudad, Estado
Señales (Por.ejemplo: Iglesias, Edificios, Negocios Establecidos, Bancos, Escuelas, etc.)



DXN MEXICO, S.A. de C.V.
Londres 47 PB, 1° y 4° Piso;
Colonia Juárez, Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Ciudad de México, México.
Tel.: (55) 5207-6228 Fax: (55) 5207-6229
www.dxnmxico.com

CUESTIONARIO DE CENTRO DE SERVICIO

Nombre del Solicitante: _____ Número de Membresía: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas, que son muy relevantes para su éxito como un Director de Centro de Servicio Independiente de DXN:

1. ¿Cuál es su objetivo principal al aplicar como un Director de Centro de Servicio Independiente?

2. ¿Basado en su experiencia como Distribuidor Independiente de DXN, que sugiere que debería hacer un Director de Centro de Servicio Independiente para que el negocio crezca en el área?

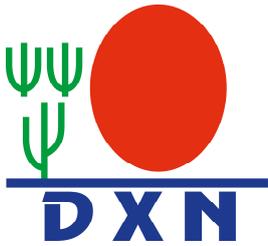
3. ¿Cuánto está usted dispuesto a invertir como capital adicional, en caso de ser necesario debido al aumento de los distribuidores que compran en el Centro de Servicio Independiente? _____

4. ¿Cuál es el apoyo en específico que le prometió el Líder de DXN que lo motivo a establecer un Centro de Servicio Independiente?

Por favor especifique el nombre y el estatus.

	Nombre	Estatus
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

5. ¿Qué apoyo considera usted que necesitará de la Compañía para el desarrollo del negocio en el área?



DXN MEXICO, S.A. de C.V.
Londres 47 PB, 1° y 4° Piso;
Colonia Juárez, Cuauhtémoc, C.P. 06600,
Ciudad de México, México.
Tel.: (55) 5207-6228 Fax: (55) 5207-6229
www.dxnmxico.com

Segunda Evaluación

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y EL AREA SOLICITADA

Número de Membresía:	<input type="text"/>	Estatus:	<input type="text"/>
Nombre:	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fecha de Inscripción:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
RFC:	<input type="text"/>	CURP:	<input type="text"/>
Total de Distribuidores en su Red:	<input type="text"/>	Monto del Bono Mensual :	\$ <input type="text"/> MN
Recibe sus Bonos en el Banco:	<input type="text"/>	No. de cuenta:	<input type="text"/>
Clabe Interbancaria:	<input type="text"/>		
Número del Patrocinador:	<input type="text"/>	Estatus del Patrocinador:	<input type="text"/>
Nombre del Patrocinador:	<input type="text"/>		
Ciudad:	<input type="text"/>	Estado:	<input type="text"/>
Centros de Servicio en el Estado:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Fecha de la Solicitud:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

Calificación basada en Sistema de Punto

CATEGORÍA A (ESTATUS DE LA MEMBRESIA)

- | | |
|---|----------------|
| 1) Embajador Corona (CA) | 7 puntos |
| 2) Diamante Corona Superior (SCD) a Diamante Oro Corona (GCD) | 6 puntos |
| 3) Diamante Corona (CD) | 5 puntos |
| 4) Estrella Diamante Superior (SSD) a Diamante Oro (GD) | 4 puntos |
| 5) Estrella Diamante (SD) | 3 puntos |
| 6) Estrella Rubí (SR) | 2 puntos |
| 7) Agente Estrella (SA) | 1 punto |
| | (maximo 7 pts) |

CATEGORÍA B (INGRESO DE BONOS MENSUAL)

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1) \$10,001 MN o mayor | 3 puntos |
| 2) \$5,001– \$10,000 MN | 2 puntos |
| 3) \$2,500– \$5,000 MN | 1 punto |
| | (maximo 3 pts) |

CATEGORÍA C (NO. DE MIEMBROS EN SU RED)

1) 501 personas o más	5 puntos
2) 301 personas a 500 personas	4 puntos
3) 201 personas a 300 personas	3 puntos
4) 101 personas a 200 personas	2 puntos
5) 50 personas a 100 personas	1 punto
	(maximo 5 pts)

CATEGORÍA D (No. DE LÍDERES PARA APOYAR EL ÁREA Y AL SOLICITANTE)

1) 5 Líderes Activos	5 puntos
2) 4 Líderes Activos	4 puntos
3) 3 Líderes Activos	3 puntos
4) 2 Líderes Activos	2 puntos
5) 1 Líder Activos	1 punto
	(maximo 5 pts)

* En la CATEGORÍA anteriormente mencionada, un líder, como se menciona, es activo, si su ingreso de los tres meses anteriores a partir de la fecha de aplicación es de \$5,000 MN o más por mes.

CATEGORÍA E (No. DE CENTROS DE SERVICIO INDEPENDIENTES EXISTENTES EN EL ESTADO SOLICITADO)

1) 0 - ningun Centro de Servicio Independiente	5 puntos
2) 1 - 2 Centro de Servicio Independiente	4 puntos
3) 3 - 4 Centros de Servicio Independientes	3 puntos
4) 5 - 7 Centros de Servicio Independientes	2 puntos
5) 8 - 10 Centros de Servicio Independientes	1 punto
6) mas de 10 Centros de Servicio Independientes	0 puntos
	(maximo 5 pts)

CATEGORÍA F (HABILIDAD DE ENTRENAMIENTO)

Habilidad para conducir el módulo siguiente:

Requisito Básico (Debe Cumplirlo)

1) Reunión de Oportunidad de Negocio (B.O.M.)	2 puntos
2) Cultura DXN	2 puntos
3) Plan de Compensación	2 puntos
4) Genoterapia	2 puntos
5) Presentación de Producto	2 puntos
6) Presentación para Nuevos Distribuidores	2 puntos
	(maximo 12 pts)

Requisitos Adicionales (Opcional)

7) Como hacer el negocio DXN	1 punto
8) Programa de Orientación al Distribuidor (D.O.P.)	1 punto
9) Venta al Menudeo VS. Trabajo de Red	1 punto
10) Comprendiendo el Plan de Mercadotecnia (UMP) Parte 1	1 punto
11) Comprendiendo el Plan de Mercadotecnia (UMP) Parte 2	1 punto
12) Vision 20/20	1 punto
13) Presentación de Productos Parte 1- Bebidas	1 punto
14) Presentación de Productos Parte 2 - Cuidado Personal	1 punto
15) Presentación de Productos Parte 3- Resumen	1 punto
16) Formación para los Entrenadores	1 punto
17) Plan IOC - Icing On the Cake	1 punto
	(maximo 11 pts)

CATEGORÍA G (PARTICIPACION EN ACTIVIDADES DE LA COMPAÑIA)

1) Aniversario DXN	6 puntos
2) Asambleas Regionales (RSA)	5 puntos
3) Juntas / Reuniones Convocadas por la Compañía	4 puntos
4) Participación en Promociones (Dia de la Familia, Productos, Lanzamiento de Nuevos Productos, Giras y Capacitaciones Especiales)	3 puntos
5) Actividades DXN / Actividades en los Centros de Servicio Independientes	2 puntos
6) Seminarios en Linea / Videoconferencias	1 punto
	(maximo 21 pts)

CATEGORÍA H (LOGRO EDUCATIVO)

1) Universidad	4 puntos
2) Preparatoria	3 puntos
3) Escuela secundaria	2 puntos
4) Escuela primaria	1 punto
	(maximo 4 pts)

CATEGORÍA I (COMPUTADORA Y CONOCIMIENTOS DE COMPUTACION)

1) Tener Computadora y Conocimientos Básicos de Computación	2 puntos
	(maximo 2 pts)

Comentarios: Conocimientos Básicos de Computadoras que se refiere a saber usar la computadora, en línea y mecanografía usando programas de la computadora basicos (excel, word, power point, etc.)

CATEGORÍA J (CAPACIDAD FINANCIERA – DINERO EN EL BANCO)

1) \$150,001 MN o mayor	3 puntos
2) \$100,001 – \$150,000 MN	2 puntos
3) \$50,000 – \$100,000 MN	1 punto
	(maximo 3 pts)

CATEGORÍA K (RESIDENTE DEL ÁREA SOLICITADA POR)

1) Mas de un año	2 puntos
2) 1 año	0 puntos
	(maximo 2 pts)

CATEGORÍA L (POBLACIÓN DEL ESTADO SOLICITADO)

1) 9,000,001 a 20,000,000 de habitantes	1 punto
2) 4,000,001 a 9,000,000 de habitantes	1 punto
3) 2,300,001 a 4,000,000 de habitantes	1 punto
4) 1,200,001 a 2,300,000 de habitantes	1 punto
5) 700,000 a 1,200,000 de habitantes	1 punto
	(maximo 5 pts)

Total de Puntos Maximos 85

Total de Puntos Obtenidos por el Solicitante:

pts

Nombre del Solicitante: _____ Fecha: ____/____/____
Número de Membresía: _____ Firma del Solicitante: _____