

ZONA: _____ **TIPO DE NEGOCIO:** _____

RESPONSABLE: _____ **NOMBRE CLIENTE O LOCAL:** _____

DIRECCION: _____

60% **1. EVALUACION DE LA ZONA** **CALIF.**

	1.1 CALIFICACION DE LA ZONA		
24%	A NO POBLADA	7%	
	B POBLADA	24%	
	C DENSAMENTE POBLADA	24%	
	1.2 PRESENCIA DE OTROS CANALES		
18%	Voceadores Ambulantes en la Mañana	14%	
	Voceadores Ambulantes en la Mañana y Tarde	9%	
	Puestos de Venta	0%	
	No Existen	18%	
	1.3 CONCENTRACION DE PUNTOS		
18%	Existen Puntos en la misma Cuadra	0%	
	Existen Puntos en menos de cuatro Cuadras	9%	
	Existen Puntos a mas de cuatro Cuadras	18%	
	No existe concentración de Puntos	18%	

40% **2. EVALUACION DEL PUNTO** **CALIF.**

	2.1 HORARIO INICIO DE ATENCION		
8,00%	antes de o a las 6 am	8%	
	entre 6 y 8 am	4%	
	8:00:00 o mas tarde	0%	
	24 Horas	8%	
	2.2 HORARIO DE MAYOR TRAFICO DE CLIENTES		
8,00%	De 6:00 a 12:00	8%	
	Después de las 12:00	0%	
	Todo el día	8%	
	2.3 DENSIDAD DEL TRAFICO DE CLIENTES EN HORA DE DEMANDA 6:00 A 12:00		
8,00%	100 o más	8%	
	de 50 a 100	4%	
	menos de 50	2%	
	2.4 SURTIDO DEL LOCAL		
4,00%	Completamente Surtido	4%	
	Solo productos de 1ra. Necesidad	3%	
	Poco Surtido	0%	
	2.5 FORMA DE PAGO NEGOCIADA		
12,00%	Pre-pago	12%	
	Contado	12%	
	Consignación	4%	

TOTAL **0%**

MENOS 70% RECHAZADO
MAS 71% APROBADO

APROBADO POR: _____