

SOLICITUD DE PRESTAMOS QUIROGRAFARIOS

 Crédito Nuevo
 Renovación
N° Solicitud _____

INFORMACIÓN DEL CREDITO

Valor para consolidar deudas	1	\$		Ingresos mensuales	\$
Saldo a favor	2	\$		Otros ingresos	\$
Valor a Financiar Total	(1+2)	\$		Total ingresos	\$
Plazo					

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres y Apellidos completos			
Cédula de identidad		Fecha de nacimiento	
Estado civil		Separación de bienes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cargas Familiares		Tiempo que habita en su domicilio actual	
Dirección del domicilio		Teléfonos	
Departamento en el que trabaja		Teléfonos	
Cargo que desempeña		Tipo de contrato	
Otra actividad Económica		Teléfonos	
Posee seguro de vida	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN PRÉSTAMOS

Institución	Monto	Pago Mensual	Plazo	Monto Pendiente
ATPUCE	\$	\$		\$
APPUCE	\$	\$		\$
COOP. AHORRO Y CREDITO PUCE	\$	\$		\$
Fideicomiso Inversión PUCE	\$	\$		\$
PUCE	\$	\$		\$
	\$	\$		\$
	\$	\$		\$

REFERENCIAS PERSONALES

	DIRECCION	TELEFONO
1.-		
2.-		

REFERENCIAS FAMILIARES

(NOMBRE DE FAMILIA QUE NO VIVA CON EL SOLICITANTE, CONYUGE/CODEUDOR)	DIRECCION	TELEFONO
1.-		
2.-		

REFERENCIAS BANCARIAS

INSTITUCION	NUMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA

INFORMACIÓN DEL GARANTE

Nombres y Apellidos completos	
Cédula de identidad	
Teléfonos	
Actualmente es garante ?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
De quién es garante ?	

Declaro y me responsabilizo que toda la información en esta solicitud es correcta. Asimismo, expresamente autorizo que se obtenga de cualquier fuente de información referencias relativas a mi comportamiento crediticio, manejo de mi(s) tarjeta(s) de crédito, etc, y ,en general al cumplimiento de mis obligaciones, así como confiero mi autorización expresa para obtener, procesar, reportar y suministrar cualquier información de carácter crediticio, financiero y comercial a cualquier central de información debidamente constituida. Los valores que estoy solicitando van a tener un destino lícito y no serán utilizados en ninguna actividad que esté relacionada con el cultivo, producción, transporte, tráfico, etc, de estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Autorizo a ustedes y a las autoridades competentes para que se realice la verificación de esta información (Circular SB-91-336).

_____ Firma Solicitante	_____ Firma Garante	_____ Lugar y Fecha
----------------------------	------------------------	------------------------

En el evento de que el solicitante no provea la información completa requerida para el análisis del crédito o que la información proporcionada sea falsa, errada o no verificable, nos reservamos el derecho de negar la aprobación de crédito planteada a través de ésta solicitud