

REPORTE DE VISITA OCULAR

FECHA DE VISITA OCULAR
INSTITUCION FINANCIERA

NOMBRE ASESOR CREDITO EMPRESARIAL SOC QUE LLEVO ACABO LA VISITA OCULAR

NOMBRE DEL CLIENTE			
EN CASO DE PM REPRESENTANTE LEGAL			
TELEFONO CONTACTO RL:			
DOMICILIO VISITADO			TELEFONO SOLICITANTE:

¿EL DOMICILIO COINCIDE VS CSF? SI ☐ NO ☐

EN CASO DE DIFERIR INDICAR LA CAUSA Y DIRECCION COMERCIAL ALTERNA

TIPO DE INTALACIONES	RENTADA	PROPIA	OTRO (ESPECIFIQUE)

PRINCIPAL ACTIVIDAD
DE EMPLEADOS
VENTAS ANUALES

CUENTA CON ACTIVOS SI ☐ NO ☐

VALOR TOTAL DE ACTIVOS

DESCRIBA LA OPERATIVA DEL ACREDITADO

--

PRINCIPAL CLIENTE	PRINCIPAL PROVEEDOR

Nombre completo y firma de ACE

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la informacion requisitada es veras y contiene toda la información referente a la empresa y afirmo que soy (somos) legalmente responsable(s) de la autenticidad y veracidad de las mismas, asumiendo asimismo, todo tipo de responsabilidad derivada de cualquier declaración en falso sobre las misma de acuerdo al ART 112 de la ley de instituciones de credito