 **RECA: 2427-439-010885**

**GRAMEEN DE LA FRONTERA SONORA S.A. de C.V. SOFOM ENR**

**SOLICITUD DE CRÉDITO**

**NUEVO INGRESO RENOVACION**

**DATOS GENERALES**

|  |
| --- |
| **Fecha de entrega del crédito Id. del Cliente: {CODIGO}** |
| **Nombre(s):** {NOMBRES} **Apellido Paterno:** {PATERNO} **Apellido Materno:** {MATERNO} |
| **Clave IFE (OCR): {NOIFE} CURP (opcional):** {CURP} **FIEL (opcional):** |
| **RFC con Homoclave:** {RFC} **Tipo y No. de Forma Migratoria (sólo extranjeros):** |
| **Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):** {FecNac} **Género: Mujer Nacionalidad: Mexicana** |
| **País de Nacimiento: México Entidad Federativa de Nacimiento:** {EdoNacimiento} |
| **Número(s) de Teléfono :** {TELEFONO} **Correo Electrónico (opcional):** |
| **Ocupación/Profesión:** {ACTIV} **Actividad Económica/Giro Empresarial:** {DESTINOCREDITO} |
| **Empresa donde trabaja: Domicilio de la empresa: Teléfono:** |
| **Número de dependientes: Estado Civil:** {ESTADOCIVIL} **Nombre del Esposo:** |
| **Nombre del Beneficiario de la ayuda por defunción: {ContactoCliente} Parentesco:** |

**DOMICILIO PARTICULAR EN EL LUGAR DE RESIDENCIA**

|  |
| --- |
| **Avenida/Calle:** {DOMICILIO} **No. Exterior: No. Interior:** |
| **Colonia**: {ColResidencia} **Delegación/Municipio:** {munResidencia} |
| **Ciudad/Población**: {pobResidencia} **Estado:** {edoResidencia} **País de Residencia: MEXICO Código Postal:** {CODPOS} |

**DATOS DEL CRÉDITO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Monto Total del Crédito:** $ {MONTOCREDITO} **Centro: {FINCENTRO} Grupo: {FINGRUPO}** | **Plazo Meses:** | | |  | | | | | |
| **Monto del crédito anterior en caso de renovación: $ {ULTIMOCREDITO}** | **4** |  | **6** |  | **12** |  | **18** |  |  |
| **Colonia y municipio donde se realizará el proyecto: {ColResidencia}, {munResidencia}** |  | | |  | | | | | |
| **Destino de los recursos a operar: {**DESTINOCREDITO} |  | | |  | | | | | |

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

|  |
| --- |
| **Productos o servicios que contratará con esta SOFOM ENR: CREDITO SIMPLE** |
| **Origen de los recursos a operar: {**DESTINOCREDITO} **Monto de operación (estimado mensual):** |
| **Número de operaciones (estimado mensual): Frecuencia transaccional (estimado mensual): Baja Media Alta** |
| **¿Realizará pagos en efectivo?: Sí No** |
| **En caso de utilizar dinero en efectivo, favor de especificar motivos y monto estimado mensual:** |
|  |
| **¿Desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en**  **México o en algún país extranjero? Sí No**  En caso positivo, especificar:  Dependencia: Puesto:  Principales Funciones: Periodo de Ejercicio: |
| **¿Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? Sí No** En caso positivo, especificar:  Nombre: Parentesco/Relación:  Dependencia: Puesto:  Principales Funciones: Periodo de Ejercicio: |
| **¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con esta SOFOM ENR y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Sí No**  En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": |
| **¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM ENR sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Sí No**  En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": |

**DECLARATORIA DEL CLIENTE:**

**Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas y que el origen de mis recursos es lícito.**

**ENCUESTA DE MEDIOS**

**PERSONAS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | **EDAD** | **PARENTESCO** | **ESCOLARIDAD** | **OCUPACION** | **INGRESO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OBSERVACIONES** | | | | | |

1.- ¿Tiene tierras de cultivo? \_\_ No \_\_ Sí ¿Cuántas hectáreas?\_\_\_\_\_\_

2.- ¿Tiene casa propia? \_\_ No \_\_ Sí ¿Cuántos cuartos? \_\_\_\_\_\_

3.- ¿De qué material es el techo de la vivienda? \_\_ Carrizo sin tierra \_\_ Carrizo con Tierra

\_\_ Lamina de cartón \_\_ Lamina de Metal \_\_ Adobe \_\_ Ladrillo \_\_ Cemento

Otro (especifique el material) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.- ¿Existe alguna temporada del año en que NO tenga suficiente comida para su familia?

\_\_ Sí \_\_ No

5.- ¿Cocina con gas o leña? \_\_ Leña \_\_ Gas

6.- El año pasado, ¿dejó durante alguna temporada su casa para buscar trabajo en otra región?

\_\_ Sí \_\_ No

7.- ¿Cría alguna clase de animal productivo? \_\_ No \_\_ Sí ¿Cuántos tiene?

Pollos\_\_\_\_\_\_\_ Chivas, borregas y/o cerdos \_\_\_\_\_\_ Caballos y/o vacas\_\_\_\_\_ 8.- ¿Tiene radio o televisión? \_\_ Sí \_\_ No

9.- ¿Tiene refrigerador? \_\_ Sí \_\_ No

10.- ¿Tiene algún medio de transporte? \_\_ No \_\_ Sí ¿Cuál?

\_\_ Bicicleta \_\_ Carreta \_\_ Carro

11.- ¿Ha solicitado crédito a otra institución? \_\_ No \_\_ Sí

12.- ¿Cuánto debe? $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. ¿Sufre alguna enfermedad que le impida trabajar por largo tiempo? \_\_ No \_\_ Sí

Descríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acepto sujetarme a las reglas del grupo, del centro y de Grameen de la Frontera, me comprometo a asistir siempre a las reuniones quincenales, me comprometo a pagar sin atrasos mis abonos, prometo NO hacer nada que dañe los intereses de la organización, acepto seguir los consejos del personal de Grameen de la Frontera y sujetarme a las reglas de la organización las cuales son aplicables a mi persona.**

**{NOMBRE}\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LUGAR Y FECHA DE ELABORACION NOMBRE Y FIRMA DE LA PRESTATARIA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRESIDENTA DE GRUPO JEFA DE CENTRO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASESOR DE CREDITO MESA DE CONTROL**

Encargado de la Unidad Especializada de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros Sr. Jesús Antonio Morales Valdés. Dom. Hidalgo 1314 Colonia del Valle Cd. Obregón Son CP 85120 Tel (644)4443855