



ASESORIA Y SERVICIO RURAL Y URBANO S.A. de C.V. SOFOM ENR **CONTROL DE PAGOS SEMANAL**

GRUPO PRODUCTIVO:		NUM. DE GRUPO:		NUM. DE CRÉDITO:		CICLO:	
FECHA DE INICIO:		FECHA DE TERMINO:					

No.	NOMBRE DEL CLIENTE	OL	SALDO TOTAL	PAGO SEMANAL	Semana uno	Semana dos	Semana tres	Semana cuatro	Semana cinco	Semana seis	Semana siete	Semana ocho
					Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

No.	NOMBRE DEL CLIENTE	OL	SALDO TOTAL	PAGO SEMANAL	semana uno	Semana dos	Semana tres	Semana cuatro	Semana cinco	Semana seis	Semana siete	Semana ocho
					Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha

FIRMA	FIRMA	FIRMA	FIRMA
PRESIDENTA	SECRETARIA	TESORERA	SUPERVISORA