|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO. 1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **CÓDIGO: C.F.A.C.P 002** |  |  |  |  |  |  |
| **SOLICITUD DE CRÉDITO** |  |  |  |  |  |  |
| **VERSIÓN:4** |
|  |
|  |  |  | CÓDIGO |   | FECHA  |   |   |
| **INFORMACIÓN DE LA EMPRESA** |  |  |  |  |  |
| Razón social |   |   |   |   | RUC |   |   |
| Dirección |   |   |   |   |   |   |   |
| Teléfono |   |   | e-mail |   |   |   |   |
| Ciudad |   |   | Sector |   | Celular |   |   |
| **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL** |  |  |  |  |  |
| Nombre |   |   |   |   |   |   |   |
| Dirección |   |   |   |   |   |   |   |
| Teléfono |   |   | e-mail |   |   |   |   |
| Ciudad |   |   | Sector |   | Celular |   |   |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** |  |  |  |  |  |  |
| Local propio | Si |   | No |   |  |  |  |
| Permanencia (meses) |   |   |   |  |  |  |
| Nombre del dueño del local |  |  |  |  |  |  |
| (en caso de marcar No) |   |   |   |  |  |  |
| Encargado de compras |   |   |   | Teléfono |   |   |
|  | Celular |   |   |  |  | Extensión: |   |
| Encargado de pagos |   |   |   | Teléfono |   |   |
|  | Celular |   |   |  |  | Extensión: |   |
| Referencias comerciales y bancarias |  |  |  |  |  |
| **EMPRESA** | **CIUDAD** | **TELÉFONO** | **PLAZO DE CRÉDITO** | **CONSUMO MENSUAL** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| **BANCO** | **CORRIENTE O AHORRO** | **CTA NO** | **ANTIGÜEDAD** | **A NOMBRE DE** |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |  |
| Autorizo a DISFASUR S.A. el verificar, por medio de su departamento de crédito o empresas especializadas en dicho servicio, |
| los datos en esta solicitud. |  |  |  |  |  |  |
| En el momento que la compañía decida otorgarme crédito, me responsabilizo íntegramente por la cancelación de la deuda  |
| en los plazos y montos específicos en la factura, en caso de incumplir el pago en la fecha máxima establecida en su factura, el  |
| valor adeudado podrá ser registrado en el sistema compartido de información de crédito o en los diferentes Buros de Crédito  |
| legalmente autorizado por el organismo competente. |
| Dejo constancia que la firma de un dependiente o empleado en la recepción de los pedidos, implica que dicha persona está  |
| autorizada y me compromete y obliga a la cancelación de las facturas. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |  |   |   |   |
|  | Departamento Legal |  | Firma del Representante Legal  |
| **Requisitos del Crédito:** |  |  |  |  |  |  |
| 1 copia de cédula y certificado de votación del Representante Legal |  |  |  |
| 1 copia RUC actualizado |  |  |  |  |  |  |
| 1 copia actualizada del Permiso de Funcionamiento de la Dirección Provincial de Salud o ARCSA. |  |