CRÉDITO SOLIDARIO
TU BANCA SOLIDARIA

Producto: Ciclo Fecha / /

Monto Solicitado: L.

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre del grupo				
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casado(a)	Primer nombre	Segundo nombre
Número de identidad		Lugar de nacimiento		Sexo M F
Estado civil Soltero Casado		Fecha de nacimiento ___/___/___ día mes año		Edad
Correo electrónico		Teléfono		Celular

DATOS DOMICILIARES DEL SOLICITANTE

Departamento	Municipio	Colonia / Barrio / Aldea	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Punto de referencia			Tipo de vivienda Propia Alquilado Familiar Pagándola Otros:			Cuota de Vivienda
Si alquila: Nombre y teléfono del propietario						

DATOS DEL NEGOCIO DEL SOLICITANTE

Sector económico Producción Comercio Servicios	Tipo de Cliente Emprendedor Empresario	Actividad económica	Tiempo de tener negocio		
Tipo de local Propio Alquilado Otro		Ingreso bruto del negocio	Teléfono		
Colonia / Barrio / Aldea	Zona / sector	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Puntos de referencia					

INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE

(En caso que trabaje el solicitante)

Tipo de persona: Asalariado Ama de casa Independiente Otro _____			Nombre del lugar de trabajo	Dirección del lugar donde trabaja
Télefono	Tiempo de laborar	Ingreso mensual bruto	Cargo que ocupa	Tiene otros ingresos (remesas, etc): Si No Valor:

DATOS DEL CONYUGE

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Número de Identidad	
Correo electrónico			Celular		
Colonia / Barrio / Aldea	Zona / sector	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Puntos de referencia					

INFORMACIÓN LABORAL DEL CONYUGE

Tipo de persona Asalariado Ama de casa Independiente Otro			Nombre del patrono o lugar de trabajo	Dirección de trabajo
Télefono	Tiempo de laborar	Ingreso mensual	Cargo que ocupa	Tiene otros ingresos (remesas, etc) Si No Valor

REFERENCIAS

FAMILIARES			
Nombre	Parentesco	Dirección	Celular
PERSONALES			
Nombre	Parentesco	Dirección	Celular
BANCARIAS / COMERCIALES			
Nombre	Teléfono		Saldo

DESTINO DEL CRÉDITO

☐ Emprender un negocio ☐ Reabastecer el negocio

☐ Compra de maquinaria y equipo ☐ Otras

1. Yo certifico que la información arriba descrita es verídica y autorizó para que sea confirmada si así fuera el caso y cualquier dato falso sea motivo para la no aprobación del préstamo.
2. Certifico que no tengo ningún grado de parentezco con directivos o empleados del programa presidencial crédito solidario.
3. Autorizo al programa presidencial Crédito Solidario a investigarme en los buro de crédito y en la central de información crediticio.

(f) Solicitante (f) Asesor Técnico

SOLICITUD Y APROBACIÓN DE CRÉDITO GRUPAL

NOSOTROS, los abajo firmantes, constituidos en el Grupo Solidario ,

Hemos designado a:

como coordinador del grupo, asimismo garantizamos solidariamente los compromisos contraídos.

No.	Nombre completo	Monto	Frecuencia de pago	Valor de Cuota	Firma del Cliente
1					
2					
3					
4					
5					
Valor total					

APROBACIÓN DEL CRÉDITO

Monto Aprobado: _____

Fecha de Aprobación: _____ Plazo de Pago: _____ Frecuencia Pago:

Tasa de Interés: _____ Tasa de Mora: _____

Nombre del Asesor: Firma del Asesor:

Nombre del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____

Nombre del Coordinador: Firma del Coordinador:

LÍNEA BASE: EVALUACIÓN DE CALIDAD Y CONDICIONES DE VIDA

Información sobre la vivienda.

1. ¿Tiempo de residir en la vivienda? ( )

2.Material que predomina en vivienda. ( )
A. Ladrillo, B. Adobe, C. Madera, D. Bloque, E. Otros

Marque con una x los servicios públicos que tiene en su vivienda

Posee energía eléctrica ( ) Red de agua potable ( ) Red de aguas negras ( ) Teléfono fijo ( ) Pozo séptico/Letrina/otro ( )

1. ¿ Cuántas personas habitan en la vivienda? _____ 2. ¿Cuántas personas trabajan? 3. ¿Cuantas familias viven?

4.¿ Cuántas personas son dependientes? _____ 5. ¿Cuántas personas buscan empleo? _____ 6. ¿ Tiene una microempresa? ( )

7. ¿Va a emprender una microempresa? _____ 8. ¿Cúantos empleos generará? _____

NIVEL DE EDUCACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA

				Nivel Educativo			
Parentesco	Edad	Sexo	Oficio	Primaria	Secundaria	Universidad	Ninguno

¿ Que enfermedades afectan con mayor frecuencia a los niños y adultos de su familia y como se tratan?

Parentesco	Enfermedad	El tratamiento es: Centro de Salud, Clinica medíca, Hospital o médico particular

a. Diarrea, b. Infecciones, c. Parásitos, d. Resfriados, e. de la piel, f. los ojos, g. Dengue, h. Anemia, i. Chikungunya, j. Ninguna, K. Otros.

Plan de negocio

MARCO ESTRATÉGICO

Misión ¿Cuál es la razón de ser del negocio?
Somos...

Visión (Nos inspira, nos da dirección, refleja lo que queremos llegar a ser)

Ser dentro de 5 años...

Mis objetivos para lograr mi visión:

1.
2.
3.

Los valores del negocio

1.
2.
3.

FODA

Fortalezas y Oportunidades en base a contactos: instituciones financieras, proveedores, clientes; con el gobierno
Competencias prácticas, académicas, buenas referencias; recursos humanos, financieros y tecnológicos.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
DEBILIDADES	AMENAZAS

ASPECTOS ORGANIZATIVOS

¿ Genera empleo? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es si, ¿Cúantos empleos tiene actualmente? _____ Cúantos nuevos empleos planea generar? _____

Descripción de sus empleados y personas que le apoyan:

No.	Persona	Cualidad	Responsabilidad y funciones	Sueldo o sin sueldo

Observaciones:

PRODUCTO Y FORMA DE DISTRIBUIR SU PRODUCTO

Producto	Ventaja competitiva	Forma de distribuir su producto (*)

(*) a.- Ambulante, b.- Motocicleta, c- Pickup, d.- Bicicleta, e.- Lugar fijo

CLIENTES FRECUENTES

Base de datos sobre los clientes actuales y potenciales (hombres, mujeres, personas de la tercera edad, jóvenes, niños).

Nombre	Ubicación de clientes o tipo de relación	Número de teléfono

PLAN DE INVERSIÓN

Inventario de producto, materia prima, mano de obra, mobiliario, equipo de producción y equipo de transporte que requiere:

Requerimiento	Descripción	Valor (Monto L)
Total		

CAPITAL DE TRABAJO

Artículo, equipo o materiales con los que ya se cuenta para la operación del negocio.

Tipo de Artículo	Descripción (En lo que utiliza en su negocio)	Valor (Monto L)
Total		

PROYECCIÓN DE VENTA (SEMANAS)

Se obtiene al multiplicar la cantidad a vender semanalmente por el precio de venta.

		Semana 1		Semana 2		Semana 3		Semana 4		Total	
Producto	Precio	Cantidad Unid.	Monto L	Cantidad Unid.	Monto L	Cantidad Unid.	Monto L	Cantidad Unid.	Monto L	Cantidad	Monto
Total											

ESTACIONALIDAD DE LAS VENTAS

MES	MONTO	MES	MONTO	MES	MONTO
Enero		Mayo		Septiembre	
Febrero		Junio		Octubre	
Marzo		Julio		Noviembre	
Abril		Agosto		Diciembre	

REGISTRO DE COSTOS

Valor del costo de los productos

Producto	Semana 1			Semana 2			Semana 3			Semana 4			Total	
	Cantidad	Costo	SubTotal	Cantidad	Costo	SubTotal	Cantidad	Costo	SubTotal	Cantidad	Costo	SubTotal	Cantidad	Monto
Subtotal														
Total mensual														

EGRESOS

(Incluye el gasto del negocio y el costo de vida de la familia)

Tipo de gastos	Aporte del Empresario/Emprendedor	Aporte Familiar
Alquileres		
Energía Agua		
Alimentación Transporte		
Educación		
Otros		
Pago de préstamos Total		
Total		

RELACIÓN INGRESOS GASTOS

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	TOTAL
Ventas					
Costos					
Utilidad bruta en ventas					
Egresos (Gastos familiares y del negocio)					
Ingreso Neto					
Valor cuota					
Número de veces de cobertura de cuota					

BALANCE GENERAL

ACTIVO CIRCULANTE	**PASIVO CIRCULANTE**
Caja y bancos Ctas por cobrar Inventario mat. Prima Inventario de Productos	Cuentas por pagar Proveedores Otras cuentas
Total activo circulante	**Pasivo circulante**
FIJO Bienes inmuebles Maquinaria y equipo Mobiliario y enseres Otros fijos	**LARGO PLAZO** Documentos por pagar Préstamos
	Total pasivo largo plazo
	TOTAL PASIVO
Total activo fijo	**PATRIMONIO**
TOTAL ACTIVO	**PASIVO Y PATRIMONIO**

VERIFICACIÓN DEL PLAN DE INVERSIÓN

Fecha de inspección:
Nombre del cliente: Grupo Solidario

¿Realizó la inversión según lo aprobado? Sí _____ No _____

Observaciones:

(Adjuntar recibos, facturas, fotografías de la inversión realizada). (Notificar necesidades de asistencia técnica).

Nombre del Asesor técnico

Firma

Nombre del Beneficiario

Firma