

Fecha Entrevista/Visita <input type="text" value="dd"/> <input type="text" value="mm"/> <input type="text" value="aa"/>	Si el endeudamiento del Solicitante es inferior a 10 Millones realice entrevista, de lo contrario realice visita.	Canal de Venta: Oficina <input type="checkbox"/>	FMV <input type="checkbox"/>	Call-Courier <input type="checkbox"/>
Oficina <input type="text"/>		Entrevista <input type="checkbox"/>	Visita <input type="checkbox"/>	Deudor <input type="checkbox"/>

**I. DATOS DEL CLIENTE**

Nombre del Cliente: _____	No Identificación <input type="text"/>
Nombre del negocio o establecimiento: _____	No Identificación <input type="text"/>
Lugar de Entrevista / Visita (Residencia, Oficina, Establecimiento) _____	
Ciudad y Dirección : _____	

**II. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y DEL NEGOCIO**

Antigüedad en la actividad

**III. DESTINO DEL CRÉDITO**

**IV. INFORMACIÓN FINANCIERA**

Salario Fijo / Pensión	\$ _____	Compras Mensuales	\$ _____
Salario Variable por Ventas	\$ _____	Otros Egresos <sup>(1)</sup>	\$ _____
Salario Variable diferente a Ventas	\$ _____	(1)Concepto de otros Egresos: _____	
Honorarios	\$ _____		
Arriendos	\$ _____	Total Activos	\$ _____
Ingresos Actividad Independiente	\$ _____	Total Pasivos	\$ _____
Sector Económico	<input type="text"/>		
Otros Ingresos	\$ _____		
Sector Económico	<input type="text"/>		

Es contribuyente del impuesto de IVA?  SI  NO

V. PRINCIPALES PROVEEDORES	PRINCIPALES CLIENTES
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____

**VI. RESUMEN DE FACTURAS COMPRAS O VENTAS DEL ÚLTIMO MES**

Marque (X) si el cliente anexa Soporte de Compras * <input type="checkbox"/>	Marque (X) si el Cliente anexa Soporte de Ventas * <input type="checkbox"/>
Mes y Año de los soportes: _____	Mes y Año de los soportes: _____
Total Compras \$ _____	Total Ventas \$ _____
Cantidad de Facturas _____	Cantidad de Facturas _____

\*Los soportes de compras o ventas deben corresponder a una muestra que soporte los movimientos del mes.

**VII. RAZONES POR LAS CUALES RECOMIENDA LA(S) OPERACIÓN(ES) - ESPACIO DE USO EXCLUSIVO PARA EL BANCO**

Elaborado por: (Cliente / Comercial) Nombres y Apellidos _____ Firma _____ No Cédula _____	VoBo. Gerente / Coordinador Comercial Nombres y Apellidos _____ Firma y CC: _____
--	---

Nombres y Apellidos del Cliente _____ Firma _____ No Cédula _____	
--	--

Doy fe que se verificó la información del solicitante. Vigencia del informe 90 días.  
 Nota: Todos los informes de visita diligenciados por la Oficina o la Fuerza Móvil deben estar debidamente firmados por el Gerente o el Coordinador Comercial para que tenga validez