

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE SEGÚN DUI:

NOMBRES _____ APELLIDOS _____

Sexo F M EDAD _____

FECHA NACIMIENTO: _____ - _____ - _____

NACIONALIDAD: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO(a) CASADO(a)

VIUDO(a) DIVORCIADO(a) ACOMPAÑADO(a)

NOMBRE DEL CONYUGUE: _____

DESEA AUTORIZAR A SU CONYUGUE PARA COMPRAS CON CARGO
A CUENTA SI NO (ANEXAR COPIA DUI)

PROFESION U OFICIO SOLICITANTE: _____

No. DUI SOLICITANTE: _____ - _____

LUGAR Y FECHA EXP.: _____

No. NIT: _____ - _____ - _____

N° AFILIACION IPSFA: _____

DIRECCION CASA: _____

MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

TIEMPO DE RESIDIR: _____ AÑOS CASA PROPIA

FAMILIAR FINANCIADA ALQUILADA

N° TELEFONO CASA: _____ CEL. _____

CORREO ELECTONICO: _____

REDES SOCIALES TWITTER/FACEBOOK _____

INFORMACION LABORAL

UNIDAD MILITAR: _____

N° TELEFONO _____ EXT. _____

GRADO: _____ SALARIO: \$ _____

TIEMPO DE SERVICIO: _____

CARGO QUE DESEMPEÑA _____

REFERENCIA FAMILIAR
(FAMILIAR QUE NO VIVA CON USTED)

NOMBRE: _____

PARENTESCO: _____ N° TELEFONO _____

DIRECCION: _____

MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

REFERENCIA PERSONAL
(PERSONA QUE LO CONOZCA)

NOMBRE: _____

TRABAJO : _____ N° TELEFONO _____

DIRECCION: _____

MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO AL CENTRO FARMACEUTICO DE LA FUERZA ARMADA (CEFAPA), A QUE INVESTIGUE LA INFORMACION QUE PROPORCIONO, SIN QUE ESTO SIGNIFIQUE UN COMPROMISO PARA LA APROBACION DE MI CREDITO.

LUGAR Y FECHA: _____

_____ (F.) SOLICITANTE _____ (F.) CODEUDOR

DATOS PERSONALES DEL CODEUDOR

NOMBRE: _____

FECHA NACIMIENTO: _____ - _____ - _____

Sexo F M EDAD _____

PROFESION U OFICIO: _____

N° DUI : _____ - _____

LUGAR Y FECHA EXP. _____

N° NIT: _____ - _____ - _____

N° AFILIACION IPSFA: _____

DIRECCION CASA: _____

MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

TIEMPO DE RESIDIR: _____ AÑOS CASA PROPIA

FAMILIAR FINANCIADA ALQUILADA

N° TELEFONO: _____ CEL. _____

REFERENCIA PERSONAL CODEUDOR

NOMBRE: _____

TRABAJO : _____

N° TELEFONO _____ DIRECCION: _____

MUNICIPIO _____ DEPARTAMENTO _____

INFORMACION LABORAL DEL CODEUDOR

UNIDAD MILITAR: _____

N° TELEFONO _____ EXT. _____

GRADO: _____ SALARIO: \$ _____

TIEMPO DE SERVICIO: _____

CARGO QUE DESEMPEÑA _____

USO EXCLUSIVO DE CEFAFA

Persona que recibe: _____

Fecha en que recibe: _____

Aprobada Denegada En Proceso

Observaciones: _____

Fecha de Aprobación: _____ - _____ - _____

No. de Cuenta Asignada: _____

Limite de Crédito: US \$ _____ . ____

Sello F. _____

Créditos

Sello F. _____

Gerencia Financiera

Sello F. _____

Gerencia General

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Solicitud de Crédito.
- Boleta de pago reciente.
- Fotocopia de DUI al 150%
- Fotocopia del NIT al 150%
- Carta de autorización del fondo de retiro del IPSFA.
- Copia de recibo de servicios básicos del lugar de residencia.
- Hojas de autorización de descuentos.
- Pagaré.

INFORMACION RELEVANTE

- Máximo de crédito en apertura :20% del salario nominal.
- Máximo para descuentos en planilla: 20% Salario Nominal.
- De no efectuarle descuento por planilla, puede cancelar en cualquiera de nuestras sucursales a nivel nacional.
- Si desea más Información comunicarse a Créditos, a los Teléfonos:

PBX: 2514-4900 Y 2514-4953
DIRECTO DE CREDITOS: 2514-4915.

SOLICITUD DE CREDITO

CEFAFA

FarmaciasCEFAFA
Al servicio de todos

FINAL BOULEVARD UNIVERSITARIO Y AV. BERNAL,
CONTIGUO AL HOSPITAL MILITAR SAN SALVADOR.
PBX: 2514-4900 Y 2514-4953
DIRECTO DE CREDITOS: 2514-4915.

Jcreditos@farmaciascefafa.com
www.farmaciascefafa.com