

**FORMATO DE VISITA PREVIA AL OTORGAMIENTO DE MICROCRÉDITOS
PARA SER LLENADO POR EL GERENTE DE LA AGENCIA RECEPTORA**

| | | | |
|------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| CODIGO AGENCIA: | AGENCIA: | GERENTE: | FECHA VISITA: |
|------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|

1. DATOS DEL SOLICITANTE

| | |
|----------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE: | R.I.F.: |
| ACTIVIDAD: | |
| DIRECCIÓN COMPLETA: | |
| TELÉFONO OFICINA: | TELÉFONO HABITACIÓN: |

2. DATOS DE LA SOLICITUD

| |
|---------------------------------|
| DESTINO DE LA SOLICITUD: |
| MONTO SOLICITADO: |
| MONTO DE LA INVERSIÓN: |
| GARANTÍA OFRECIDA: |

3. ASPECTOS DE LA VISITA

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿SE VERIFICO LA UBICACIÓN EXACTA DEL SOLICITANTE? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿SE ENCUENTRAN EN ESTADO OPERATIVO EL LOCAL Y LOS EQUIPOS? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿POSEE LA EMPRESA UN NÚMERO INFERIOR A LOS DIEZ EMPLEADOS? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿SE OBSERVA EL PROCESO PRODUCTIVO DESCRITO POR EL CLIENTE? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿EN CASO DE REPOSICIÓN DE INVENTARIO. ¿SE COMPROBÓ LA NECESIDAD DE REPOSICIÓN? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿EXISTEN COMPETIDORES CERCANOS EN LA ZONA? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES:

Y, Yo _____ actuando en mi carácter de representante legal de la empresa _____ manifiesto estar conforme con la visita efectuada por Banco Caroni, C.A a nuestras instalaciones, y así como también declaro que destinare los fondos del crédito otorgado de acuerdo a lo expuesto en la solicitud efectuada.

AGENCIA RECEPTORA
FIRMA Y SELLO

SOLICITANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL
FIRMA Y SELLO