



SOLICITUD DE PRESTAMO QUIROGRAFARIO

Yo, _____, con C.C. _____, de conformidad con lo dispuesto en el Capítulo V, Artículo 82 de la Resolución No. 280-2016-F de la Junta Política de Regulación Monetaria y Financiera, me permito solicitar a usted me conceda un préstamo QUIROGRAFARIO, con recursos del Fondo Complementario Previsional Cerrado de los Servidores de la Superintendencia de Bancos y Seguros

ORDINARIO	<input type="checkbox"/>	ESPECIAL	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------

DATOS DEL PARTICIPE:

OFICINA EN: Quito Guayaquil Cuenca Portoviejo

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PARTICIPE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Cédula No.
				Estado Civil:
				Disolución Sociedad Conyugal:
				SI NO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL CONYUGE

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	Cédula No.
				Teléf. Domicilio

DIRECCION DOMICILIARIA

CIUDAD	CALLE	NUMERO	INTERSECCION CON	SECTOR / BARRIO	CONJUNTO
BLOQUE O EDIFICIO	CASA O DEPTO. No.	OTRA REFERENCIA		TELEFONO CELULAR	TEL.CELULAR

INFORMACION DEL PARTICIPE

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN AÑOS Y MESES
-----------------------------	----------------------

LUGAR DE TRABAJO

INTEND. / DIRECC.	UNIDAD	CARGO QUE OCUPA	TELEFONO DIRECTO	EXTENSION
-------------------	--------	-----------------	------------------	-----------

TIEMPO DE SERVICIO CON NOMBRAMIENTO EN LA SB

FECHA DE INGRESO	TS: AÑOS Y MESES	R.M.U.
------------------	------------------	--------

CONDICIONES DEL CREDITO

VALOR SOLICITADO: US \$ PLAZO:

DESTINO DEL CREDITO: FECHA ULTIMA RENOVACION:

DATOS PARA TRANSFERENCIA BANCARIA

BANCO: TIPO DE CUENTA:

NÚMERO DE CUENTA:

Autorizo a la Gerencia del Fondo Complementario Previsional Cerrado de los Servidores de la Superintendencia de Bancos y Seguros, a realizar las verificaciones que fueren necesarias, para la concesión del préstamo quirografario.

Atentamente,

..... Lugar y fecha

Firma del Partícipe:

FE DE PRESENTACION OFICINA REGIONAL DE

Fecha: No. ingreso: Responsable:

FE DE PRESENTACION OFICINA DE QUITO

Fecha: No. ingreso: Responsable: