VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO | SEDECOP Secretaría de Desarrollo Económico y Portuario | PROMOVER MICROCRÉDITOS | FONDO DEL FUTURO
Fideicomiso Fondo del Futuro
Instrumento Impulsor del Desarrollo de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa

Folio:
Fecha:
Sector productivo:

Tipo de Persona FÍSICA ☐ MORAL ☐

SERVICIO ☐ COMERCIO ☐

Apartado I. Datos Identificativos

Nombre | **Fecha de Nacimiento** | **Nacionalidad**

MEXICANA ☐ MEXICANO ☐

Edad | **Sexo** | **Curp** | **Estado Civil**

FEMENINO ☐ MASCULINO ☐

SOLTERO (A) CASADO (A)

Actividad Fiscal

RFC con homoclave | **Celular** | **Particular**

Apartado II. Datos Identificativos

Código postal | **Municipio** | **Ciudad/Localidad** | **Calle**

Colonia | **El inmueble donde hábita es:** PROPIO ☐ FAMILIAR ☐ RENTADO ☐ | **Tiempo de residir en el domicilio particular(Años)** | **Tiempo de residir en la localidad(Años)**

Tiempo de residir en el domicilio anterior(Años)

Apartado III. Datos Electrónicos

Correo Electrónico

Apartado IV. Datos Académicos

Estudios terminados PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☐ PREAPRATORIA ☐ LICENCIATURA ☐

Apartado V. Datos de la Empresa(Negocio)

Actividad | **RFC con Homoclave(Opcional)** | **Servicios Bancarios**

SI ☐ NO ☐

Código postal | **Municipio** | **Ciudad/Localidad** | **Domicilio de la Empresa**

VERACRUZ GOBIERNO DEL ESTADO
SEDECOP Secretaría de Desarrollo Económico y Portuario
PROMOVER MICROCRÉDITOS
FONDO DEL FUTURO
Fideicomiso Fondo del Futuro
Instrumento Impulsor del Desarrollo de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa

Colonia	Teléfono	Tiempo de operar en el domicilio actual del negocio(Años)	Antigüedad del Negocio en la Localidad (Años)

Apartado VI. Ubicación Geográfica del Negocio

El inmueble del negocio es: PROPIO ☐ FAMILIAR ☐ RENTADO ☐

Número de empleados

Nombre de Empleado:

Apartado VII. Datos Patrimoniales

No. de Clave Interbancaria	Institución Financiera(Banco):	Tarjeta de crédito	Institución Financiera de la Tarjeta de Crédito (Banco)
		SI ☐ NO ☐	

Apartado VIII. Beneficios Esperados con la Aplicación del Recurso

Beneficio Esperado

CONTINGENCIA SANITARIA ☐
MANTENER LA PLANTILLA LABORAL ☐

Descripción de la afectación que está sufriendo:

Financiamiento Solicitado	Monto	Plazo	Período de Gracia	Pago Mensual
Crédito de Habilitación o Avío	$10,000.00	24 Meses	8 Meses	$416.67

Apartado IX. Datos de Identificación de Aval Solidario

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad

Sexo	Curp	Estado Civil	RFC con Homoclave (Opcional)
FEMENINO ☐ MASCULINO ☐		SOLTERO (A) ☐ CASADO (A) ☐	

Celular	Particular	Código Postal	Municipio

Ciudad	Calle	Colonia	Nacionalidad
			MEXICANA ☐ MEXICANO ☐

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del aval