



## SOLICITUD DE CRÉDITO (F1)

Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores

INFORMES Y QUEJAS  
TEL. 01800-705-5100 Y 5265-7450  
TODOS NUESTROS TRAMITES SON  
TOTALMENTE GRATUITOS

### DATOS PARA SER LLENADOS POR LA DELEGACIÓN

NÚMERO DE CRÉDITO	TRABAJADOR	CENTRO DE TRABAJO	TRAMITADO POR ESTABLECIMIENTO COMERCIAL	FECHA DE SOLICITUD (AÑO, MES Y DÍA)	No. FONACOT DEL TRABAJADOR

### DATOS GENERALES DEL TRABAJADOR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO INTERIOR Y EXTERIOR)					COLONIA
MUNICIPIO O DELEGACIÓN			POBLACIÓN Y ESTADO		CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARTICULAR DONDE PUEDE SER LOCALIZADO	TIEMPO DE VIVIR AHI (AÑOS Y MESES)	LA CASA QUE HABITA ES (MARCAR CON UNA X) PROPIA ( ) RENTADA ( ) FAMILIAR ( )			No. DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE USTED
ESTADO CIVIL (MARCAR CON UNA X) CASADO ( ) VIUDO ( ) UNION LIBRE ( ) DIVORCIADO ( ) SOLTERO ( )			FECHA DE NACIMIENTO (AÑO, MES Y DÍA)		SEXO (MARCAR CON UNA X) FEMENINO ( ) MASCULINO ( )

### DATOS DEL CONYUGE

NOMBRE	
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA	
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO	TELÉFONO

### PROPORCIONE LOS DATOS DE DOS REFERENCIAS FAMILIARES O PERSONALES CON DOMICILIO EN LA MISMA LOCALIDAD Y QUE NO VIVAN CON USTED

NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO PARTICULAR
DOMICILIO PARTICULAR (COMPLETO)		
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA		
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO	TELÉFONO	
NOMBRE	PARENTESCO	TELÉFONO PARTICULAR
DOMICILIO PARTICULAR (COMPLETO)		
NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA		
DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO	TELÉFONO	

### INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL CRÉDITO

PLAZO DEL CRÉDITO SOLICITADO 6 ( ) 12 ( ) 18 ( ) 24 ( )	ES SU PRIMER CRÉDITO SI ( ) NO ( )	CUANTAS VECES HA OBTENIDO CRÉDITO FONACOT
TIENE CRÉDITO CON CASAS COMERCIALES Y/O TARJETA CRÉDITO: BANCO ( ) CASA COMERCIAL ( ) TARJETA BANCARIA DE DEBITO ( ) NINGUNO ( )	PERCIBE OTROS INGRESOS NO ( ) SI ( ) CUANTO \$	EN SU NÚCLEO FAMILIAR CUANTAS PERSONAS TRABAJAN
COMO SE ENTERO DEL CRÉDITO FONACOT RADIO ( ) PERIÓDICO ( ) FOLLETO ( ) ESTABLECIMIENTO COMERCIAL ( ) CENTRO DE TRABAJO ( ) OTROS ( ) SINDICATO ( )		

### IMPORTANTE PARA EL TRABAJADOR (LEA CUIDADOSAMENTE)

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE LOS DATOS, DOCUMENTACIÓN, Y DEMÁS INFORMACIÓN PROPORCIONADOS EN LA PRESENTE SOLICITUD, SON VERDADEROS Y CORRECTOS YA QUE DE SER FALSOS INCURRO EN DELITO Y ME HARÉ ACREEDOR A LAS SANCIONES PREVISTAS POR EL CÓDIGO PENAL FEDERAL, EN SU ARTÍCULO 245 Y LA LEY DE INSTITUCIONES DE CRÉDITO EN SU ARTÍCULO 112, FRACCIÓN I, Y AUTORIZO A FONACOT A SOLICITAR AL I.M.S.S., INFONAVIT, SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, O CUALQUIER OTRA ENTIDAD SEMEJANTE, INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL CONTENIDO DE ESTA SOLICITUD Y EXPRESAMENTE A QUE MI PATRON ME DEDUzca DE MI SALARIO, LOS ABONOS DEL CRÉDITO QUE SE ME OTORQUE, INCLUYENDO LA COMISIÓN POR APERTURA DE CRÉDITO Y LOS INTERESES CORRESPONDIENTES, ASIMISMO, ME OBLIGO A INFORMAR A FONACOT, CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO O PATRON Y EN CASO DE TERMINACIÓN DE MI RELACIÓN LABORAL, CONTINUAR PAGANDO PUNTUALMENTE DIRECTAMENTE EN LA DELEGACIÓN FONACOT, LO QUE ME EVITARÁ EL COBRO DE INTERESES MORATORIOS Y GASTOS DE COBRANZA.

CUALQUIER PROBLEMA CON LA MERCANCIA O PRESTACIÓN DEL SERVICIO PROPORCIONADOS POR EL DISTRIBUIDOR, FAVOR DE DIRIGIRSE A LA PROFECA A LOS TELÉFONOS 56-25-27-00 Y 56-68-87-22 Y DEL INTERIOR DE LA REPUBLICA AL 01-800-90-31-300

**TRABAJADOR NO FIRME EN BLANCO ESTE DOCUMENTO**

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR

**CONSTANCIA QUE EXPIDE EL CENTRO DE TRABAJO (NO PRESENTAR TACHADURAS O ENMENDADURAS)**

RAZÓN SOCIAL DEL CENTRO DE TRABAJO		FECHA DE EXPEDICIÓN (AA/MM/DD)
NÚMERO FONACOT DEL CENTRO DE TRABAJO <b>E</b>	NÚMERO IMSS DEL CENTRO DE TRABAJO	NÚMERO DEL IMSS DEL TRABAJADOR
NOMBRE DEL TRABAJADOR		ES COMISIONISTA SI ( ) NO ( )
R.F.C (HOMOCLÁVE) TRABAJADOR	C.U.R.P.	FECHA DE INGRESO (AA/MM/DD) TRABAJADOR
PERCEPCIONES BRUTAS MENSUALES EN EFECTIVO Y EN FORMA PERMANENTE (EN CASO DE COMISIONISTAS CON SUELDOS BASE, ANOTE EL PROMEDIO DE INGRESO MENSUAL DE LOS ÚLTIMOS 6 MESES)		\$
TOTAL DE DESCUENTOS		\$ \
INGRESO NETO		\$

**SELLO DEL CENTRO DE TRABAJO**

SELLO AUTORIZADO

NOMBRE DE QUIEN CERTIFICA \_\_\_\_\_

PUESTO \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

EL CENTRO DE TRABAJO CERTIFICA QUE LOS DATOS DEL TRABAJADOR ANOTADOS SON AUTÉNTICOS Y SE OBLIGA A DEDUCIR DEL SALARIO QUE PERCIBA EL TRABAJADOR LOS ABONOS DEL CRÉDITO OTORGADO POR FONACOT Y ENTERARLOS A ÉSTE O A LA INSTITUCIÓN QUE DESIGNE FONACOT, A PARTIR DE LA FECHA QUE ÉSTE SEÑALE Y HASTA CONCLUIR EL SALDO DE SU CRÉDITO O LA RELACIÓN LABORAL, DE CONFORMIDAD A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 132, FRACCIÓN XXVI DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO, LA CUAL ESTABLECE LA OBLIGACIÓN DE LOS PATRONES DE DESCONTAR Y ENTERAR LAS DEDUCCIONES PREVISTAS EN LAS FRACCIONES IV DEL ARTÍCULO 97 Y VII DEL ARTÍCULO 110 DE LA LEY CITADA.

**DATOS PARA SER LLENADOS POR LA VENTANILLA**

CLAVE DE VENTANILLA	FECHA DE RECEPCIÓN	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBIÓ Y COTEJÓ

**DATOS FONACOT (NO LLENAR)**

<p><b>NÚMERO DE GAFETE:</b></p> <p>APELLIDO PATERNO      APELLIDO MATERNO      NOMBRE</p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><b>FIRMA DE QUIEN RECIBIÓ Y TRAMITÓ</b></p>	<p><b>NÚMERO DE GAFETE:</b></p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><b>FIRMA</b></p> <p align="center"><b>REVISÓ</b></p>
---	--

CUANDO NO SE CUENTE CON EL ARCHIVO DE DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO  
LA PRESENTE SOLICITUD DEBERA ACOMPAÑARSE DE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN EN ORIGINAL Y FOTOCOPIA

- COMPROBANTE DE PAGO DE NÓMINA NO MAYOR A 15 DÍAS DESDE SU EXPEDICIÓN.
- COMPROBANTE DE DOMICILIO DE FECHA RECIENTE.
- IDENTIFICACIÓN OFICIAL VIGENTE CON FOTOGRAFÍA Y FIRMA.
- LA VIGENCIA DE LA SOLICITUD DE CRÉDITO SERÁ DE 30 DÍAS NATURALES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA CONSTANCIA QUE EMITE EL CENTRO DE TRABAJO.
- EN CASO DE CONTAR CON EL ARCHIVO ELECTRÓNICO DEL CENTRO DE TRABAJO, SE SUSTITUYE LA CONSTANCIA QUE EXPIDE EL CENTRO DE TRABAJO EN LA PRESENTE SOLICITUD.