**DIRECCION GENERAL DE INGRESOS**
**FORMULARIO PARA ANALISIS SOBRE LA CAPACIDAD DE PAGO**
**PARA PERSONAS NATURALES**

| | |
|---|---|
| 1.Nombre: | 2.RUC: |
| 3.Dirección: | 4.Apart. Postal |
| 5.Telefonos: Oficina: Residencia: | 6.Estado Civil: |
| | 7.No. de Dependiente |
| I. **INFORMACION DEL CONYUGE** | |
| 8. Nombre: | 9. RUC: |
| 10. Dirección: | 11. Apartado Postal: |
| 12. Telefonos: Oficina: Residencia: | 13. Estado Civil: |
| | 14. No. de Dependiente |
| II. **INFORMACION LABORAL** | |
| 15. Nombre de la Empresa | 16. Dirección: |
| 17.Telefono | |

| | | |
|---|---|---|
| III. **INFORMACION FINANCIERA GENERAL** | | |
| 18. Ultima Declaración: | Ingreso Bruto: | Contribución: |

19. Cuentas bancarias o de ahorros

| Nombre de la Institución: | Dirección | Nº de la Cuenta | Tipo de Cuenta: | Ultimo Saldo |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTAL | | | | B/. |

| 20. Propiedades Inmuebles. Dirección | Nº Finca | Pago Mensual de hipoteca | Valor Comercial |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 21. Vehículos: (Marca) | Modelo | Placa | Valor Comercial |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Formulario ACP-1

| IV. RELACION DE INGRESOS Y GASTOS MENSUALES | | | |
|---|---|---|---|
| INGRESOS | BRUTO | GASTOS NECESARIOS | |
| 22. Salarios: | | 39. Alquiler: | |
| a. Contribuyente | | 30. Comestibles: | |
| b. Cónyuge | | 31. Pagos Mensuales: (De la linea num. 19) | |
| 23. Intereses: | | 32. Servicios: | |
| 24. Neto Del Negocio: | | Agua_____ Tele._____ Gas_____ Luz_____ TOTAL_____ | |
| 25. Alquiler: | | 33. Transporte: | |
| 26. Pensiones: | | 34. Seguros: | |
| a. Contribuyente | | Vida_____ Auto_____ Otro_____ | |
| b. Cónyuge | | TOTAL_____ | |
| c. Alimenticia | | 35. Gastos Médicos: | |
| 27. Otros: (Especifique) | | 36. Pensión Alimenticia: | |
| | | 37. Educación: | |
| | | 38. Otros: (Especifique) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 28. TOTAL | B/. | 39. TOTAL | B/. |
| 40. TOTAL Disponible Mensual (Num. 29 menos num. 40) | | | B/. |

CERTIFICACION

| 41. Firma Del Contribuyente: | 42. Firma Del Cónyuge: | 43. Fecha: |
|---|---|---|
| | | |

44. PROPUESTA DEL CONTRIBUYENTE:

Abono Inicial:_____ Monto Mensual:_____

Letras Mensuales:_____

45. PARA USO DE LA DIRECCION GENERAL DE INGRESOS:
EVALUACION

Abono Inicial:_____ MontoMensual:_____

Letras Mensuales:_____

46. COMENTARIOS:

Formulario ACP-1