



Fecha:

**DATOS DE LA OPERADORA CAPTADORA**

RAZON SOCIAL \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE LA MATRIZ \_\_\_\_\_  
RUC \_\_\_\_\_ PROVINCIA / CIUDAD \_\_\_\_\_  
TELEFONO OFICINA \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL \_\_\_\_\_ PERSONA DE CONTACTO \_\_\_\_\_

**CONDICIONES DEL CERTIFICADO A PLAZO FIJO**

RAZÓN SOCIAL DE LA OSFPS BENEFICIARIA \_\_\_\_\_  
CAPITAL \_\_\_\_\_ CAPITAL (Letras) \_\_\_\_\_  
PLAZO (En días) \_\_\_\_\_  
FECHA DE EMISIÓN \_\_\_\_\_ FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_  
TASA PASIVA ANUAL \_\_\_\_\_

**Nota:**

Certifico conocer y aceptar la Normativa de Operación para el Fondo de Garantía de la CONAFIPS, descrita en el Convenio Marco de Otorgamiento de Servicios de Garantía.

Declaro que las operaciones a ser garantizadas cumplen con los requisitos detallados en el Convenio y Normativa de la Corporación Nacional de Finanzas Populares y Solidarias. CONAFIPS.

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
**Representante Legal**











