Colegio de Pedagogos de Honduras

Fondo de Previsión Social del Pedagogo Hondureño (FOPSOPH)

Residencial Quezada, detrás de la calle principal del Prado una calle atrás de Graficentro Editores, bloque # 5 casa # 1223, Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.
Teléfonos: 22399321, 22354904

SOLICITUD DE PRESTAMO FIDUCIARIO

DATOS PERSONALES

_____ _____ _____ _____
Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

DNI | | | | | - | | | | | - | | | | | | Sexo: M ☐ F ☐ Nº Colegiación: _____

Estado Civil: Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Otros: ☐ Nº de Dependientes: _____

Residencia, Ciudad o Municipio: _____ Departamento: _____

Barrio o Colonia: _____ Calle: _____ Avenida: _____

Bloque: _____ Sector: _____ Casa Nº: _____ Teléfono Fijo: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

DATOS LABORALES

Lugar de Trabajo: _____ Años de Servicio: _____

Publico: ☐ Privado: ☐ Teléfono: _____Dirección: _____

Salario Mensual: _____ Otros Ingresos: _____ Procedencia: _____

Nombre del Cónyuge: _____

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono: _____ Años de Servicio: _____

Cantidad Solicitada: _____ (_____)
Numero | Letras

Destino del Préstamo: _____ Plazo en pago: _____
El plazo depende del monto del préstamo, usted podrá tomar un plazo menor si lo desea, pero no mayor al establecido en la tabla descrita en la primera página de esta solicitud, donde se encuentra la información.

ESTADO DE LOS INGRESOS Y EGRESOS

INGRESOS		EGRESOS	
Sueldos Personales	L _____	Pagos a Préstamos	L _____
Sueldo Esposo (a)	L _____	Gastos Familiares	L _____
Otros Ingresos	L _____	Total Egresos	L _____
TOTAL	L _____	TOTAL	L _____

DECLARO: que todas y cada una de las repuestas en la solicitud que antecede son correctas y veraces, y por ello **AUTORIZO** al **FOPSOPH** para obtener de mi patrono o de otras personas cualquier información que juzgue necesaria. Me obligo a notificar cualquier cambio que ocurra y modifique esta información.

_____ _____
Lugar y Fecha | Firma del Solicitante

Huella

DATOS DEL AVAL

_____	_____	_____	_____
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

DNI | | | | | - | | | | | - | | | | | | Sexo: M ☐ F ☐ Nº Colegiación: _____

Estado Civil: Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Otros: ☐ Nº de Dependientes: _____

Residencia, Ciudad o Municipio: _____ Departamento: _____

Barrio o Colonia: _____ Calle: _____ Avenida: _____

Bloque: _____ Sector: _____ Casa Nº: _____ Teléfono Fijo: _____ Celular: _____ E-Mail: _____

DATOS LABORALES

Lugar de Trabajo: _____ Años de Servicio: _____

Publico: ☐ Privado: ☐ Teléfono: _____Dirección: _____

Salario Mensual: _____ Otros Ingresos: _____ Procedencia: _____

Es Aval de otros afiliados en el colegio de Pedagogos Si ☐ No ☐

_____
Firma del Aval

Huella

PARA USO EXCLUSIVO DEL COMITÉ DE CREDITO

RESOLUCION

Aprobado ☐ Denegado ☐ Pendiente ☐

OBSERVACIONES: _____

_____

Tegucigalpa, M.D.C. _____ de _____ del año 20_____

_____	_____	_____	_____
Firma Secretario de Previsión FOPSOPH	Firma Presidente (a) JDC COLPEDAGOGOSH	Firma Tesorero (a) JDC COLPEDAGOGOSH	Firma Fiscal JDC COLPEDAGOGOSH

A esta solicitud deberá adjuntar:

a). Documentos Personales
b). Acuerdo de nombramiento
c). Vaucher
d). Cuenta bancaria

Colegio de Pedagogos de Honduras
Fondo de Previsión Social del Pedagogo Hondureño (FOPSOPH)
Residencial Quezada, detrás de la calle principal del Prado una calle atrás de Graficentro Editores, bloque # 5 casa # 1223, Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.
Teléfonos: 22399321, 22354904

PAGARÉ

PRESTAMO FIDUCIARIO

Por L _____

PRESTATARIO

Yo, _____, mayor de edad, con DNI _____
Nombre Completo

_____y vecino (a) de _____, por el presente
Estado Civil **Lugar de Residencia**

DECLARO: que debo y pagaré incondicionalmente y sin protesto a la orden del Colegio de Pedagogos de Honduras (COLPEDAGOGOSH), en las oficinas de este, ubicadas en residencial Quezada, bloque No. 5, casa 1223, calle principal, teléfono 22399321/22323512, ciudad de Tegucigalpa M.D.C. Depto. De Francisco Morazán la suma de L _____ (_____), más intereses calculados al 1.59% mensual. En caso de falta de pago del interés y del principal en la forma establecida y hasta su total cancelación, pagaré el 2% de interés anual calculados sobre el saldo en mora y el 5% anual en concepto de administración de créditos, calculados sobre el saldo en mora y el 5% anual en concepto de administración de créditos, calculados sobre el total de las cuotas vencidas sin que por esto se considere prorrogados el plazo.

AVAL

Yo, _____, mayor de edad, con DNI _____
Nombre Completo

_____y vecino (a) de _____, me comprometo
Estado Civil **Lugar de Residencia**

Como **AVAL** solidario de _____ que por concepto de préstamo fiduciario por la cantidad de L _____ (_____)
Otorgado por el fondo de Previsión Social del Pedagogo Hondureño.

En fe de lo anterior firmamos el pagaré en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C a los _____días del mes de _____ del año 20_____.

_____ Huella _____ Huella
Firma del Prestatario Firma del Aval

Nombre: _____ Nombre: _____

DNI: _____ DNI: _____

Colegiación No: _____ Colegiación No: _____