



Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada
Solicitud de Préstamo

Datos del solicitante:

Gafete No. _____ Código SISC _____ Nombre Completo: _____

Identidad No: _____ Unidad de Trabajo: _____ Fecha de Ingreso a la empresa: _____

Correo electrónico: _____ Tel. fijo _____ Celular No. _____

Dirección exacta: _____ Casa No. _____ Bloque: _____ Sector: _____ Calle: _____

Punto de referencia: _____

Salario actual: _____ Profesión u oficio: _____ Estado Civil: _____

Cuenta Bancaria de Planilla No. _____ Banco _____

Datos del Cónyuge:

Nombre Completo: _____

Identidad No: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Profesión: _____ Nacionalidad: _____

Telefono Fijo _____ Celular No. _____ Correo electrónico: _____

Dirección exacta: _____ Casa No. _____ Bloque: _____ Sector: _____ Calle: _____

Punto de referencia: _____

Lugar de Trabajo: _____ Dirección del trabajo: _____

Teléfonos del trabajo: _____ Cargo que ocupa: _____ Antigüedad laboral: _____

Referencias Personales:

Familiar: _____ Parentesco: _____ Tel. Fijo o Cel No. _____

Particular: _____ Parentesco: _____ Tel. Fijo o Cel No. _____

Referencias Comercial y Bancaria:

Comercial: Nombre _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Bancaria: Nombre _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

Información de Crédito

Cantidad solicitada L. : _____

Cantidad en letras

plazos de pago

Tipo de préstamo:		Destino	Plazo Quincenal	Seleccione el plazo que corresponde	Nota
Fiduciario:		Menor e igual a Lps.2000.00	4 quincenas		En caso de no especificar un plazo, se le aplicara lo detallado en los rangos de acuerdo al monto solicitado.
Automático:		De Lps.2,000.01 a Lps.5,000.00	12 quincenas		
Tasa de Interés:		De Lps.5,000.01 a Lps.10,000.00	24 quincenas		
		De Lps.10,000.01 a Lps.20,000.00	36 quincenas		
		De Lps.20,000.01 a Lps.40,000.00	48 quincenas		
		De Lps.40,000.01 a Lps.60,000.00	60 quincenas		
		De Lps.60,000.01 a Lps. 150,000.00	120 quincenas		
		De Lps.150,000.01 a Lps. 250,000.00	144 Quincenas		
		De Lps.250,000.01 a Lps. 700,000.00	168 quincenas		
		Otro plazo (detallar unicamente si desea cancelarlo en menor tiempo)			
Fiduciario:					
Automático					
Otros:					

Observaciones: _____

Lugar y Fecha: _____

Autorizo a: _____

(nombre de la empresa donde trabaja).

Expresamente para que de mi sueldo mensual, se efectúen las deducciones necesarias para cancelar el préstamo arriba indicado, así mismo, en caso de terminación de mi contrato de trabajo por cualquier causa, autorizo se debite de mis ahorros a favor de la Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada. cualquier saldo pendiente derivado de este préstamo y en el caso de no cubrir con mis ahorros dicho préstamo, me someto a las disposiciones judiciales, extrajudiciales y cualquier otra notificación que la Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada considere necesaria.

Firma del deudor

Huella

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA

Ahorro Aportaciones: _____ Saldo de préstamo: _____ Pasivo laboral: _____

Cuota de ptmo. Quincenal: _____ Cuota de Codeudores: _____ Capacidad de Pago: _____

Vo. Bo. Comité de Credito

Vo. Bo. Comité de Credito

Vo. Bo. Comité de Credito

Préstamo aprobado No. _____ Operado por: _____ Fecha _____



Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada
SOLICITUD DE AVALES

Avaless de: _____

AVAL No. 1.

Gafete No. _____ Códigoo SISC _____ Nombre Completo: _____
Identidad No: _____ Unidad de Trabajo: _____ Salario actual: _____
Correo electrónico: _____ Tel. fijo _____ Celular No. _____
Dirección exacta: _____ Casa No. _____ Bloque: _____ Sector: _____ Calle: _____

*****PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA*****

Ahorro Aportaciones: _____ Saldo de préstamo: _____ Pasivo laboral: _____
Cuota de ptmo. Quincenal: _____ Cuota de Codeudores: _____ Capacidad de Pago: _____

AVAL No. 2.

Gafete No. _____ Códigoo SISC _____ Nombre Completo: _____
Identidad No: _____ Unidad de Trabajo: _____ Salario actual: _____
Correo electrónico: _____ Tel. fijo _____ Celular No. _____
Dirección exacta: _____ Casa No. _____ Bloque: _____ Sector: _____ Calle: _____

*****PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA*****

Ahorro Aportaciones: _____ Saldo de préstamo: _____ Pasivo laboral: _____
Cuota de ptmo. Quincenal: _____ Cuota de Codeudores: _____ Capacidad de Pago: _____

AVAL No. 3.

Gafete No. _____ Códigoo SISC _____ Nombre Completo: _____
Identidad No: _____ Unidad de Trabajo: _____ Salario actual: _____
Correo electrónico: _____ Tel. fijo _____ Celular No. _____
Dirección exacta: _____ Casa No. _____ Bloque: _____ Sector: _____ Calle: _____

*****PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA*****

Ahorro Aportaciones: _____ Saldo de préstamo: _____ Pasivo laboral: _____
Cuota de ptmo. Quincenal: _____ Cuota de Codeudores: _____ Capacidad de Pago: _____

AVAL No. 4.

Gafete No. _____ Códigoo SISC _____ Nombre Completo: _____
Identidad No: _____ Unidad de Trabajo: _____ Salario actual: _____
Correo electrónico: _____ Tel. fijo _____ Celular No. _____
Dirección exacta: _____ Casa No. _____ Bloque: _____ Sector: _____ Calle: _____

*****PARA USO EXCLUSIVO DE LA COOPERATIVA*****

Ahorro Aportaciones: _____ Saldo de préstamo: _____ Pasivo laboral: _____
Cuota de ptmo. Quincenal: _____ Cuota de Codeudores: _____ Capacidad de Pago: _____

Autorizo a: _____
(nombre de la empresa donde trabaja).

Expresamente para que de mi sueldo mensual, se efectúen las deducciones necesarias para cancelar el préstamo arriba indicado, así mismo, en caso de terminación de mi contrato de trabajo por cualquier causa, autorizo se debite de mis ahorros a favor de la Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada. cualquier saldo pendiente derivado de este préstamo. Y en el caso de no cubrir con mis ahorros dicho préstamo me someto a las disposiciones judiciales, extrajudiciales y cualquier otra notificación que considere necesaria la Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada.

FIRMA Y HUELLA AVAL NO.1.

FIRMA Y HUELLA AVAL NO.2.

FIRMA Y HUELLA AVAL NO.3.

FIRMA Y HUELLA AVAL NO.4.

PAGARE Núm. _____

Por L. _____

Yo, _____ mayor de edad, de nacionalidad hondureña con domicilio _____, tarjeta de identidad numero _____, en mi condición personal, por este acto declaro que DEBO Y PAGARE, incondicionalmente a la COOPERATIVA MIXTA MULTIPARTICIPATIVA LIMITADA la cantidad de: L _____ (_____)
(Cantidad en números) (Cantidad en letras)

Con un interés del _____ en el lugar que para tal efecto me señale, el día _____ del mes de _____ del año _____. La tasa de interés que se determina en este pagare quedara sujeta a las variaciones del mercado financiero, por lo cual la Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada, queda autorizada para hacer los ajustes correspondientes a la fecha que se produzcan, si hubiera mora se cobrara un recargo del 2% mensual. Renuncio a mi domicilio y me someto a la jurisdicción y competencia del juzgado o al que la COOPERATIVA, tenga a bien designar.- En fe de lo anterior se suscribe este pagare en la Ciudad de Tegucigalpa Municipio del Distrito Central departamento de Francisco Morazán, el día _____ del mes de _____ del año _____

.....

Firma y Huella digital del deudor

AVAL(ES) SOLIDARIO(S)

Yo / nosotros

_____, con identidad número _____
(Nombre completo aval 1)

_____, con identidad número _____
(Nombre completo aval 2)

El(los) suscrito(s) se constituye(n) expresamente en AVAL SOLIDARIO DEL SEÑOR _____ y como tal garantizo(amos) incondicionalmente el pago del principal de la obligación mas sus intereses a favor de la cooperativa Mixta Multiparticipativa o su representación, en el entendido y convenio aceptado, renuncio terminantemente a mi domicilio y me someto a la jurisdicción y competencia del Juzgado o el que la cooperativa designe, así mismo renuncio a las diligencias de protesto o avisos de cualquier clase como a cualquier requerimiento a que el prestatario tenga derecho. En fe de lo anterior, se suscribe este PAGARE a los _____ del mes _____ del año 20____

AVAL SOLIDARIO 1

AVAL SOLIDARIO 2

.....
Firma y Huella

.....
Firma y Huella