



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 prestamos

Tipo de préstamo:		Destino	Montos	Plazo Quincenal	Seleccione el que corresponde	Unificación <small>(para uso exclusivo de la Cooperativa)</small>	
Fiduciario:		Consumo	Menores a L.2,000.00	6 Quincenas		Ptmo No.	Monto
Automático:			De L. 2,001.00 a L. 5,000.00	24 Quincenas			
Tasa de Interés:			De L. 5,001.00 a L. 10,000.00	48 Quincenas			
			De L. 10,001.00 a 20,000.00	72 Quincenas			
			De L. 20,001.00 a L. 40,000.00	96 Quincenas			
Fiduciario:			De L. 40,001.00 a L. 60,000.00	120 Quincenas			
Automático			De L. 60,001.00 a L. 150,000.00	144 quincenas			
Otros:			De L. 150,001 en adelante	168 quincenas			

Plan de pago opcional
(si el plazo de pago, es menor al plazo ya establecido)

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 prestamo 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

Prestamo aprobado No. _____ Operado por: _____ Fecha _____



Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada

SOLICITUD DE AVALES

Avales de: _____

AVAL No. 1.			
Gafete No. _____ Código 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. _____ Código 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. _____ Código 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. _____ Código 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 número _____, 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

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO

Por este medio autorizo a BAC HONDURAS, S.A, para que de forma indefinida debite de mi cuenta el monto indicado por la Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada

Cuenta Ahorro número _____

Cuenta Corriente número _____

A nombre de: _____

Tegucigalpa M.D.C. _____ de _____ del 202____.

Firma del Afiliado _____

Nombre completo: _____

Número de tarjeta de Identidad _____

Correo electrónico _____

Para Uso exclusivo del Banco:

Número del Plan de la empresa _____

Verificación de Firma por _____ Fecha _____

Incluido al plan por _____ Fecha _____

Firma Oficial _____



AUTORIZACION

Yo, _____ con
número de identidad _____
Autorizo a la Cooperativa Mixta
Multiparticipativa limitada para que pueda
revisar mi historial crediticio en el buró de
Crédito del país.

Firma y Huella _____

Fecha _____



Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada

Gafete: _____

Afiliado: _____

Realice un croquis de la dirección de su domicilio:



Cooperativa Mixta Multiparticipativa Limitada

Gafete: _____

Afiliado: _____

Realice un croquis de la dirección de su domicilio: