



# COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE EMPLEADOS DE LA SALUD, LTDA.

BARRIÓ LA PLAZUELA, 14 AVE., 4 Y 5 CALLE, CASA # 1120

TEL. 2237-1270 / 2222-2230 TELEFAX 2238-7353



## PAGARE

## PRESTAMO AUTOMATICO

N° CUENTA \_\_\_\_\_

NOMBRE AFILIADO: \_\_\_\_\_

N° IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ PROFECION U OFICIO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS, ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ CEL. \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_ EXT. \_\_\_\_\_

DESDE (FECHA) \_\_\_\_\_ AREA DONDE LABORA \_\_\_\_\_

CARGO QUE DESEMPEÑA ACTUALMENTE: \_\_\_\_\_

APORTACIONES: \_\_\_\_\_ LEMPIRAS SUELDO: \_\_\_\_\_ S. NETO: \_\_\_\_\_

SOLICITO A LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO DE EMPLEADOS DE LA SALUD, LTDA, CACEINTOL, UN PRESTAMO POR EL VALOR DE: \_\_\_\_\_ LPS. EXACTOS.

DESTINO DEL PRESTAMO: \_\_\_\_\_ PLAZO: \_\_\_\_\_ MESES PAGADO \_\_\_\_\_

EN CUOTAS DE: \_\_\_\_\_ LEMPIRAS, A UNA TASA DEL: \_\_\_\_\_ %

CIUDAD: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20 \_\_\_\_\_

### GARANTIAS

Ofrezco como garantía mis aportaciones y Autorizo a La Cooperativa de Empleados de la Salud, CACEINTOL, para que en caso de mora de dos meses o más haga la liquidación con mis aportaciones y mis ahorros retirables (si lo hubiera).

MONTO	
PLAZO MESES	
CAPITAL	
INTERES	
APORTACION	
SEG. AHORRO	
SEG. PRESTAMO	
OTROS AHORROS	
TOTAL CUOTA	

\_\_\_\_\_  
Firma Solicitante

\_\_\_\_\_  
Elaborado

\_\_\_\_\_  
Revisado

\_\_\_\_\_  
Aprobado

***Si el pago de su préstamo es por ventanilla y este se atrasa por dos cuotas totales o parciales consecutivas o alternas este automáticamente pasara a deducirse por planilla sin notificación alguna.***