

INPREUNAH

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE CUOTA DE PRÉSTAMO

Yo _____;

Empleado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH con No. de Identidad
_____ y numero de empleado. _____,

Autorizo al Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad Nacional
Autónoma de Honduras (INPREUNAH); realizar la aplicación a mi préstamo activo
No. _____, de la cuota deducida de mi salario correspondiente
al mes de _____ del año _____.

Fecha de solicitud _____

FIRMA Y HUELLA DE SOLICITANTE

**DECLARACION JURADA
SOBRE OBLIGACIONES OBJETO DE CONSOLIDACIÓN**

Yo _____,

Empleado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, con No. de identidad: _____, No. de empleado _____, y

No. Celular: _____, actuando en mi condición personal, y en cumplimiento al contenido en el **Artículo 11 del Reglamento de la Ley de Alivio de Deuda Para los Trabajadores**, referido a la Documentación Mínima que debe contener el Expediente de Crédito asociado al producto financiero de consolidación de deuda otorgado por la institución financiera, el cual establece en el numeral **5. Declaración Jurada suscrita por el deudor, en donde se detallan las obligaciones objeto de consolidación, adjuntando a ésta las constancias individuales emitidas por los acreedores, en donde se detallan los saldos**; en razón de lo anterior hago formal **DECLARACIÓN JURADA**: Que actualmente las únicas obligaciones contraídas para ser objeto de consolidación son las que aparecen contenidas en las constancia siguientes:

Autorizo suficientemente al Instituto de Previsión Social de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH), a efecto de verificar la veracidad del contenido de la presente declaración.

En fe de lo cual firmo la presente en la ciudad de _____, a los _____ días de mes d _____ del año _____.

FIRMA Y HUELLA DE SOLICITANTE

No. de solicitud:

INPREUNAH

GPYS-LADT

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
SOLICITUD DE PRODUCTO FINANCIERO DE LA LEY DE ALIVIO DE LA DEUDA PARA LOS TRABAJADORES
Decreto Legislativo No.118-2019

Recomendación: En caso de no aplicar en alguno de los campos escriba N/A (No Aplica)

Producto financiero: Consolidación de deudas según Decreto Legislativo No. 118-2019.

Monto total de solicitud: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre completo

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento / No. de identificación / Identidad Pasaporte
 RTN Carné de residencia

Femenino Masculino. /_____/_____/_____
Nacionalidad / Edad / Pensionado Activo

_____/_____
Estado civil / Nombre y apellido del cónyuge

_____/_____
Ciudad / Departamento

Dirección Completa *Ejemplo: Barrio /colonia, No de casa, calle bloque, sector, etapa u otras referencias del domicilio.

_____/_____/_____
Teléfono fijo / Teléfono personal / Correo electrónico

DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE

_____/_____/_____
Profesión/Oficio / Cargo desempeñado / No. de empleado

_____/_____/_____
Centro regional / Unidad / Sueldo devengado / Total de gastos (mes)

_____/_____/_____
Teléfono de centro de trabajo / Correo institucional / Tipo de contrato

OTRAS FUENTES DE INGRESO DEL SOLICITANTE

¿Actualmente posee otros ingresos? SI NO

_____/_____
Nombre de la empresa / Número de teléfono de la empresa

_____/_____
Giro de la empresa / Nombre del jefe inmediato

_____/_____
Ingreso o sueldo devengado / Cargo

REFERENCIAS PERSONALES

_____/_____/_____
Nombre y Apellido de referencia personal / Parentesco / Celular

_____/_____/_____
Nombre y Apellido de referencia personal / Parentesco / Celular

Continúe al reverso 1/2

¿Es una figura pública que desempeña o ha desempeñado un cargo destacado público en el país o en un país extranjero, en los últimos 4 años? SI NO , Si su repuesta es "SI" por favor complete los siguientes datos:

_____/_____
Nombre del cargo / Periodo

¿Tiene un familiar que sea figura pública? Esposo (a), Compañero (a) de hogar, Padres, Hijos, Hermanos, Abuelos. SI NO Si su repuesta es "SI" por favor complete los siguientes datos:

_____/_____
Nombre completo / Parentesco

_____/_____
Nombre del cargo / Periodo

TRANSFERENCIA

Método de pago a las instituciones acreedoras: Transferencia bancaria Cheque

Instituciones acreedoras, según declaración jurada: _____

FIADOR SOLIDARIO

En caso de falta de pago de parte del deudor principal, se deducirá la cuota del crédito al o los avales, debiendo cancelar el saldo del crédito en su totalidad. Si el crédito fuera avalado por dos (2) o más personas, el saldo pendiente de pago se distribuirá equitativamente entre ellos. Los participantes que se encuentren avalando un crédito no podrán solicitar el beneficio de separación hasta que el prestatario pueda garantizar el mismo por su propia cuenta o en su defecto sustituya al aval.

_____/_____
Nombre completo / No. Identidad

_____/_____/_____
Profesión/Oficio / Estatus / Tipo de contrato

_____/_____/_____
Celular / Centro regional / Unidad / No. de empleado

_____/_____/_____
Correo institucional / Total de gastos / Salario

FIRMA Y HUELLA DE FIADOR

Condiciones de otorgamiento del préstamo:

1. Los créditos de consumo estarán garantizados por el 100% de las aportaciones más los Intereses del Prestatario, las prestaciones laborales, Cesantía, pagaré y otros. **2.** Será responsabilidad del prestatario el pago mensual de la cuota, en caso que el ente que realiza las deducciones no le deduzca la cuota respectiva o le deduzca parcialmente la misma, el prestatario se obliga a pagar directamente por ventanilla las cuotas correspondientes o el valor pendiente para complementar la cuota, aun cuando no haya sido notificado por parte del INPREUNAH, el no cumplimiento de lo anterior implica que el crédito caerá en mora, la que debe ser cancelada por el prestatario. **3.** En caso que el Prestatario sea afiliado activo y se retire o separe del sistema antes de completar el pago del Préstamo de consumo, el saldo pendiente de pago se le deducirá del total de las cotizaciones o del monto que le corresponda por el beneficio de separación o cualquier otra prestación laboral a que tenga derecho, entregándole el remanente si lo hubiere. **4.** A partir del primer mes de atraso en el pago de su cuota normal, el Prestatario deberá cancelar por concepto de mora el 2% mensual sobre las cuotas vencidas para Préstamos de consumo. **5.** La falta de pago de tres cuotas en los Préstamos de consumo, de afiliados que han dejado de cotizar; dará lugar a que el INPREUNAH, afecte de oficio las aportaciones e Interés a que tenga derecho y amortizarlas a los créditos que tenga vigentes, entregándole el remanente si lo hubiere. **6.** El Prestatario que solicite un crédito y al momento de llenar el formulario de salud o del seguro de vida no declare las enfermedades graves y pre-existentes, declare datos inexactos u omite información y falleciere dentro de los primeros 12 meses de estar pagando el préstamo el saldo pendiente será cobrado un extra prima.

Afirmación de veracidad y autorización: Certifico que los datos anteriores son veraces, correctos y a mi conocimiento, por lo tanto autorizo al Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad INPREUNAH y a las autoridades supervisoras para que puedan verificar la autenticidad de los mismos, y solicitar referencias e información de mis préstamos en el SISTEMA BANCARIO NACIONAL a través de la CENTRAL DE INFORMACIÓN CREDITICIA que opera la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y/o Buros de Crédito Privados, siendo dicha autorización vigente a partir del día de hoy hasta la cancelación de mis préstamos con el INPREUNAH.

Lugar y fecha de completación de formulario: _____.

GERENTE DE PRÉSTAMOS Y SEGUROS INPREUNAH

FIRMA Y HUELLA DE AFILIADO SOLICITANTE

INPREUNAH

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE CUOTA DE PRÉSTAMO

Yo _____;

Empleado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras UNAH con No. de Identidad

_____ numero de empleado. _____, y

No. Celular: _____, Solicito al Instituto de Previsión Social de los

Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH); realizar la

devolución de la cuota del préstamo No. _____, por la cantidad

de: _____, misma que se origino por: Deducción de planilla

Pago mediante recibo

en el mes de _____ del año _____,

a mi cuenta de bancaria No. _____ del

banco _____.

Fecha de solicitud _____.

FIRMA Y HUELLA DE SOLICITANTE

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
SOLICITUD DE PRÉSTAMO DE CONSUMO

Recomendación: En caso de no aplicar en alguno de los campos escriba N/A (No Aplica)

Tipo de Producto: Personal de consumo sin aval Personal de consumo con aval

Tipo de préstamo: Préstamo Personal Crédito de Consumo con Garantía Hipotecaria
 Pagos de Deuda Crédito de Decimo cuarto y tercer mes.
 Compra de Equipo Tecnológico Consolidación de Deudas
 Préstamo Automático Salud

Monto a solicitar: _____

Destino del fondo a desembolsar: _____

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Nombre completo _____

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Fecha de nacimiento No. de identificación Identidad Pasaporte
 RTN Carné de residencia

Femenino Masculino. /_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Nacionalidad Edad Pensionado Activo

_____/_____
Estado civil Nombre y apellido del cónyuge

_____/_____
Ciudad Departamento

Dirección Completa *Ejemplo: Barrio /colonia, No de casa, calle bloque, sector, etapa u otras referencias del domicilio.

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Teléfono fijo Teléfono personal Correo electrónico

DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Profesión/Oficio Cargo desempeñado No. de empleado

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Centro regional / Unidad Sueldo devengado Total de gastos (mes)

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Teléfono de centro de trabajo Correo institucional Tipo de contrato

OTRAS FUENTES DE INGRESO DEL SOLICITANTE

¿Actualmente posee otros ingresos? SI NO

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Nombre de la empresa Número de teléfono de la empresa

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Giro de la empresa Nombre del jefe inmediato

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Ingreso o sueldo devengado Cargo

REFERENCIAS PERSONALES

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Nombre y Apellido de referencia personal Parentesco Celular

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____
Nombre y Apellido de referencia personal Parentesco Celular

¿Es una figura pública que desempeña o ha desempeñado un cargo destacado público en el país o en un país extranjero, en los últimos 4 años? SI NO , Si su respuesta es "SI" por favor complete los siguientes datos:

_____/_____
Nombre del cargo / Periodo

¿Tiene un familiar que sea figura pública? Esposo (a), Compañero (a) de hogar, Padres, Hijos, Hermanos, Abuelos. SI NO Si su respuesta es "SI" por favor complete los siguientes datos:

_____/_____
Nombre completo / Parentesco

_____/_____
Nombre del cargo / Periodo

TRANSFERENCIA

Autoriza transferencia: SI NO Tipo de cuenta: Ahorro Cheque

No. de cuenta del Prestatario: _____ Banco: _____

FIADOR SOLIDARIO

En caso de falta de pago de parte del deudor principal, se deducirá la cuota del crédito al o los avales, debiendo cancelar el saldo del crédito en su totalidad. Si el crédito fuera avalado por dos (2) o más personas, el saldo pendiente de pago se distribuirá equitativamente entre ellos. Los participantes que se encuentren avalando un crédito no podrán solicitar el beneficio de separación hasta que el prestatario pueda garantizar el mismo por su propia cuenta o en su defecto sustituya al aval.

_____/_____
Nombre completo / No. Identidad

_____/_____/_____
Profesión/Oficio / Estatus / Tipo de contrato

_____/_____/_____
Celular / Centro regional / Unidad / No. de empleado

_____/_____/_____
Correo institucional / Total de gastos / Salario

FIRMA Y HUELLA DE FIADOR

Condiciones de otorgamiento del préstamo:

1. Los créditos de consumo estarán garantizados por el 100% de las aportaciones más los Intereses del Prestatario, las prestaciones laborales, Cesantía, pagaré y otros. 2. Será responsabilidad del prestatario el pago mensual de la cuota, en caso que el ente que realiza las deducciones no le deduzca la cuota respectiva o le deduzca parcialmente la misma, el prestatario se obliga a pagar directamente por ventanilla las cuotas correspondientes o el valor pendiente para complementar la cuota, aun cuando no haya sido notificado por parte del INPREUNAH, el no cumplimiento de lo anterior implica que el crédito caerá en mora, la que debe ser cancelada por el prestatario. 3. En caso que el Prestatario sea afiliado activo y se retire o separe del sistema antes de completar el pago del Préstamo de consumo, el saldo pendiente de pago se le deducirá del total de las cotizaciones o del monto que le corresponda por el beneficio de separación o cualquier otra prestación laboral a que tenga derecho, entregándole el remanente si lo hubiere. 4. A partir del primer mes de atraso en el pago de su cuota normal, el Prestatario deberá cancelar por concepto de mora el 2% mensual sobre las cuotas vencidas para Préstamos de consumo. 5. La falta de pago de tres cuotas en los Préstamos de consumo, de afiliados que han dejado de cotizar; dará lugar a que el INPREUNAH, afecte de oficio las aportaciones e Interés a que tenga derecho y amortizarlas a los créditos que tenga vigentes, entregándole el remanente si lo hubiere. 6. El Prestatario que solicite un crédito y al momento de llenar el formulario de salud o del seguro de vida no declare las enfermedades graves y pre-existentes, declare datos inexactos u omita información y falleciere dentro de los primeros 12 meses de estar pagando el préstamo el saldo pendiente será cobrado un extra prima.

Afirmación de veracidad y autorización: Certifico que los datos anteriores son veraces, correctos y a mi conocimiento, por lo tanto autorizo al Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad INPREUNAH y a las autoridades supervisoras para que puedan verificar la autenticidad de los mismos, y solicitar referencias e información de mis préstamos en el SISTEMA BANCARIO NACIONAL a través de la CENTRAL DE INFORMACIÓN CREDITICIA que opera la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y/o Buros de Crédito Privados, siendo dicha autorización vigente a partir del día de hoy hasta la cancelación de mis préstamos con el INPREUNAH.

Lugar y fecha de completación de formulario: _____.

GERENTE DE PRÉSTAMOS Y SEGUROS INPREUNAH

FIRMA Y HUELLA DE AFILIADO SOLICITANTE

INPREUNAH

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

FINIQUITO DE SOLVENCIA

Yo _____
con numero de identidad _____ Gerente de Préstamos y Seguros del
Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de
Honduras **HAGO CONSTAR.**

La cancelación del préstamo otorgado al / a la
Sr/a _____
con numero de identidad _____ y numero de
empleado _____ en fecha _____.

Por el monto de _____. Siendo el pago ultimo efectuado en fecha
_____ mediante _____, por lo cual se
extiende el presente finiquito de solvencia en la Ciudad de
_____, a los _____ días del
mes _____, del año _____, resultando extinguida la deuda, y sin cantidades
pendientes de pago entre las partes.

Gerente de Préstamos y Seguros

INPREUNAH

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS DE SEGURO POR CANCELACIÓN DE PRÉSTAMO HIPOTECARIO

Yo _____,

empleado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, con No. de identidad:

_____, No. de empleado _____, y

No. Celular: _____, autorizo al Instituto de Previsión Social de La

Universidad Nacional Autónoma De Honduras (INPREUNAH), realizar la devolución de las primas de seguro por cancelación del préstamo hipotecario a mi cuenta bancaria

No. _____, del Banco _____,

en consideración a la cancelación del préstamo hipotecario

No. _____, cancelado en

fecha _____.

Fecha de solicitud _____.

FIRMA Y HUELLA DE SOLICITANTE

INPREUNAH

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRIMAS DE SEGURO POR RENOVACIÓN DE POLIZA DE OTRAS COMPAÑIAS ASEGURADORAS

Yo _____,

empleado de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, con No. de identidad:

_____, No. de empleado _____, y

No. Celular: _____, autorizo al Instituto de Previsión Social de los

Empleados de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (INPREUNAH), realizar la

devolución de las cuotas de seguro mensuales del préstamo No. _____

retenidas a mi cuenta bancaria No. _____, del

banco: _____ en consideración a la renovación de las pólizas con

numeración: _____, de la compañía de

seguros: _____.

Fecha de solicitud _____.

FIRMA Y HUELLA DE SOLICITANTE