FONDO DE PENSIONES POR JUBILACIÓN PARA EL PERSONAL ACADÉMICO DEL COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

PROGRAMA DE PRÉSTAMOS PARA EL PERSONAL ACADÉMICO

SOLICITUD DE PRÉSTAMO

FOLIO NO.

Fecha: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

No. EMPLEADO: _____ PLANTEL DE ADSCRIPCIÓN: _____ ANTIGÜEDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR. : _____
Calle No. Col. o Fracc..

_____
Municipio Código Postal Teléfono Correo electrónico

IMPORTE SOLICITADO: $ _____ M.N. (_____)

TIPO DE PRÉSTAMO: _____ CORTO PLAZO (12 MESES) _____ ESPECIAL (18 MESES)

AUTORIZO AL SECRETARIO DEL COMITÉ TÉCNICO PARA QUE A TRAVÉS DE LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DEL COLEGIO, REALICE EL DESCUENTO VÍA NÓMINA.

X _____
Firma del Solicitante

- ANEXO A LA PRESENTE SOLICITUD ORIGINAL Y COPIA DEL TALÓN DE CHEQUE DE LA ÚLTIMA CATORCENA.
- COPIA DE LA CREDENCIAL DE ELECTOR.

EXCLUSIVO CONTROL INTERNO:

IMPORTE SOLICITADO: $ _____ CAPACIDAD DE PAGO: _____

(+) INTERESES: _____ DESCUENTO CATORCENAL: _____

(-) PRÉSTAMO ANTERIOR: _____ NO. DE CATORCENAS: _____

(+) BONIFICACIÓN DE INTERESES: _____ PRIMER DESCUENTO: _____

TOTAL A PAGAR: _____ ÚLTIMO DESCUENTO: _____

PAGARÉ :

Bueno por: _____

Por el presente pagaré reconozco deber y me obligo a pagar incondicionalmente a la orden de _____, en las oficinas ubicadas en la ciudad de _____, el día_____del mes de _____de_____, la cantidad de $ _____m.n. (_____), valor recibido a mi entera satisfacción. De no verificarse el pago en la fecha de vencimiento, me obligo a pagar intereses moratorios a razón del 1.5% (uno punto cinco porciento) catorcenal sobre pagos vencidos. Este pagaré se expide en la ciudad de _____el día _____ del mes_____de_____.

Acepto

X _____
Firma del Solicitante

Para cualquier aclaración dirigirse al teléfono (686) 904 40 00 ext. 4204 , 4207 o al correo electrónico bmendivil@cobachbc.edu.mx.