



PRESTAMO TIPO B				
Cliente:				
N. Crédito:				
Tipo de crédito: Hasta 60,000.00				
Documento	Si	No	Observaciones	
Análisis de solicitud de crédito				
Estar debidamente colegiado				
Estar solvente con el colegio				
Llenar la solicitud del préstamo que incluya el análisis financiera de Ingresos y Egresos				
Copia de identidad				
Carta personal de exposición de motivos del préstamo solicitado				
Constancia de trabajo				
Constancia de las aportaciones en la AFP				
Cesión u autorización de derechos de la AFP a favor del COLPROFORH				
Autorización de deducción del solicitante de sus empleador( deducción por planilla)				
Autorización de cobro de costos de transferencia y tasa de seguridad				
Letra de cambio y pagare firmado por el solicitante				
Seguro de deuda				



COLEGIO DE PROFESIONALES FORETALES DE  
HONDURAS

“FONDO DE AUXILIO MUTUO “ ANGEL DANILO VILLALOBOS”

SOLICITUD DE PRESTAMO TIPO B

Yo, \_\_\_\_\_ No.Colegiación \_\_\_\_\_ Dirección  
casa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel casa \_\_\_\_\_ Celular  
\_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Tel Oficina \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Tipo de empleo: Permanente \_\_\_ Contrato  
hasta \_\_\_\_\_ Dirección de  
trabajo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Nombre Jefe  
inmediato \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Solicito al FONDO DE AUXILIO MUTUO un préstamo por  
Lps. \_\_\_\_\_ por un plazo de \_\_\_\_\_ meses Destino del préstamo  
\_\_\_\_\_  
Garantías:  
Aportaciones \_\_\_\_\_ Inmuebles \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Nombre de un pariente que no  
viva en la misma casa  
\_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ Tel  
casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Tel oficina \_\_\_\_\_.  
Lugar y dirección de  
trabajo. \_\_\_\_\_

**SITUACION FINANCIERA DEL SOLICITANTE**

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES	
Salario		Gastos familiares	
Viáticos		Educación	
Bonificaciones		COLPROFORH	
Consultorías		Préstamos	
Otros Ingresos		Otros Gastos	
<b>Total Lps.</b>		<b>Total Lps.</b>	
<b>Ingreso Neto</b>			

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante



## AUTORIZACIÓN DE DEDUCCION DEL SOLICITANTE

Yo \_\_\_\_\_ colegiado #  
\_\_\_\_\_ con identidad No \_\_\_\_\_ por este  
medio AUTORIZO al Colegio de Profesionales Forestales de Honduras  
para que tramite ante mi empleador  
\_\_\_\_\_ la retención mensual en  
planilla de sueldos, de cuotas por concepto de préstamo e intereses más  
la cuota de colegiación por un monto total de Lps \_\_\_\_\_ a partir  
del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_ hasta el mes de  
\_\_\_\_\_ del 201\_\_\_\_ .

En caso de retiro de la empresa, autorizo a fin de que el saldo que a tal  
fecha tenga pendiente de pago se deduzca de mis beneficios laborales, y  
en caso de fatalidad, se deduzca de mi beneficio del seguro de vida y/o de  
la capitalización acumulada en AFP Atlántida.

Tegucigalpa M.D.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma



## HOJA DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

Por este medio solicito al Colegio de Profesionales Forestales de Honduras (COLPROFORH) para que el pago de la factura(s) \_\_\_\_\_ Beneficios\_\_\_\_\_, Préstamo\_\_\_\_\_, Apoyo Económico \_\_\_\_\_, etc. Sean realizados por medio de transferencias a mi cuenta bancaria. Para este fin facilito la información correspondiente.

### I. DATOS GENERALES

<b>Nombre Completo:</b>	
<b>No. Identidad:</b>	
<b>Correo electrónico</b>	
<b>No. WhatsApp</b>	
<b>Dirección del Asegurado</b>	

### II. DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

<b>Tipo de Cuenta</b>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Cheques <input type="checkbox"/>														
<b>Número Cuenta Bancaria</b>																
<b>Banco Emisor</b>																

---

Firma



## CESION DE DERECHOS DE FONDOS AFP

Yo \_\_\_\_\_ Colegiado No. \_\_\_\_\_  
Identidad No. \_\_\_\_\_ por este medio **AUTORIZO Y CEDO** al  
Colegio de Profesionales Forestales de Honduras COLPROFORH para que tramite ante la  
Administradora de Fondos de Pensiones Atlántida el retiro total o parcial de mis  
aportaciones acumuladas en dicho Fondo más los rendimientos respectivos. En virtud  
de lo anterior eximo a la Administradora de Fondos de Pensiones Atlántida de toda  
responsabilidad pasada, presente o futura.

Para tal fin firmo y estampo mi huella a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_.

---

Firma y Huella

