

**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS  
DE HONDURAS (COLPROCAH)**

**SOLICITUD DE PRESTAMO**

Solicitud No. \_\_\_\_\_ Fecha Ingresó Solicitud \_\_\_\_\_ Valor Solicitado \_\_\_\_\_

No. De Afiliación \_\_\_\_\_ Forma de Pago \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_ Taza \_\_\_\_\_

**TIPO DE PRESTAMO:**

**DESTINO PRESTAMO**

Fiduciario  Destino \_\_\_\_\_

Hipotecario  Destino \_\_\_\_\_

**DESCRIPCIÓN DEL SOLICITANTE**

Ha tenido préstamos con el FAM Si ( ) No. ( )

Nombre Completo del Solicitante

---

Profesión

---

Lugar y Fecha de Nacimiento      Edad      Nacionalidad      Estado Civil      Dependientes

---

Dirección Residencia

---

Teléfono No.      Tiempo de Residir allí:

---

Institución donde trabaja      Cargo que desempeña      Sueldo

---

Dirección del Empleador      Tel:      Tiempo de laborar

---

Nombre del Cónyuge      Edad      Identidad No.

---

Dirección de Residencia del Cónyuge      Tel:      Tiempo de Residir allí.

---

Dirección del Empleador del Cónyuge      Tel.      Tiempo de Laborar

---

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Solicitante

\_\_\_\_\_  
R.T.N.

\_\_\_\_\_  
Identidad No.

## INFORMACIÓN FINANCIERA DEL SOLICITANTE

### Balance General

**ACTIVOS:**

Caja y Bancos L. \_\_\_\_\_  
Cuentas por Cobrar L. \_\_\_\_\_  
  
Vehículos L. \_\_\_\_\_  
Bienes Raíces L. \_\_\_\_\_

**PASIVOS**

Cuentas por Pagar L. \_\_\_\_\_  
Préstamos por pagar L. \_\_\_\_\_  
Impuestos por Pagar L. \_\_\_\_\_  
otros L. \_\_\_\_\_  
Total Pasivo L. \_\_\_\_\_  
Capital L. \_\_\_\_\_

---

**Total activos** L. \_\_\_\_\_

---

**Pasivo + Capital** L. \_\_\_\_\_

---

---

### Ingresos y Egresos

**INGRESOS :**

Sueldos L. \_\_\_\_\_  
Comisiones L. \_\_\_\_\_  
Interés L. \_\_\_\_\_  
Alquileres L. \_\_\_\_\_  
Otros L. \_\_\_\_\_

**EGRESOS:**

Alquileres L. \_\_\_\_\_  
Hipotecas L. \_\_\_\_\_  
Prestamos L. \_\_\_\_\_  
Educación L. \_\_\_\_\_  
Gastos Médicos L. \_\_\_\_\_  
Gastos Financieros L. \_\_\_\_\_  
Otros (especifique) L. \_\_\_\_\_

---

**Total Ingresos** L. \_\_\_\_\_

---

**Total Egresos** L. \_\_\_\_\_

**Ingresos Netos Disponibles (ingresos menos Egresos)** L. \_\_\_\_\_

### DETALLE DE VEHÍCULOS

Marca	Modelo	Año	Placa No.	Valor	Propietario
-------	--------	-----	-----------	-------	-------------

---

---

### DETALLE DE LAS PROPIEDADES

Descripción a favor de _____	Dirección	Precio Mercado	# de Registro Dominio	Hipoteca
------------------------------	-----------	----------------	-----------------------	----------

---

### REFERENCIAS CREDITICIAS

Institución	Monto Máximo	saldo	Tipo de Garantía	Teléfono
-------------	--------------	-------	------------------	----------

---

---

### REFERENCIAS PERSONALES

Familiar cercano que no viva donde el solicitante	Dirección	Teléfono
---	-----------	----------

---

---

Persona ajena a su familia	Dirección	Teléfono
----------------------------	-----------	----------

---

---

**Declaro que la información suministrada en esta solicitud concuerda con la realidad y asumo plena responsabilidad por la veracidad de la misma. Autorizo al Colegio de Profesionales en Ciencias Agrícolas de Honduras (COLPROCAH) , para que la confirme cuando lo considere necesario.**

\_\_\_\_\_  
**Firma y sello del Solicitante**

## PERSONAS SOLIDARIAS COMO AVALES

AVAL No. 1 Nombre Completo			Profesión		Identidad	
Estado Civil	Edad	Posee Vivienda	Propia ( )	Hipotecada ( )	Alquilada ( )	
Dirección Residencia					Teléfono	
Nombre del Empleador			Ingresos Mensuales		Egresos Mensuales	
Dirección del Empleador o negocio propio			Posición o cargo		Tiempo de laborar Tel. Oficina	

### DETALLE DE PROPIEDADES DE VEHÍCULOS

Descripción del bien			Dirección			Precio de venta	
Vehículo	Marca	Modelo	Año	Placa No.	Monto	Propio	Pagándolo

### REFERENCIAS CREDITICIAS

Institución	Monto Máximo	Saldo	Garantía	Teléfono
-------------	--------------	-------	----------	----------

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del aval

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

AVAL No. 2 Nombre completo			Profesión		Identidad	
Estado Civil	Edad	Posee Vivienda	Propia ( )	Hipotecada ( )	Alquilada ( )	
Dirección de la Residencia					Teléfono	
Nombre del empleador			Ingresos mensuales		Egresos Mensuales	
Dirección del empleador o negocio propio			Posición o cargo		Tiempo de laborar Tel. Oficina	

### DETALLE DE PROPIEDADES Y VEHICULOES

Descripción del bien			Dirección			Precio de venta	
Vehículo	Marca	Modelo	Año	Placa No.	Monto	Propio	Pagándola

### REFERENCIAS CREDITICIAS

Institución	Monto Máximo	Saldo	Garantía	Teléfono
-------------	--------------	-------	----------	----------

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del aval

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

PARA USO INTERNO (NO ESCRIBIR)  
OBSERVACIONES ACERCA DEL CARÁCTER DEL CLIENTE Y JUSTIFICACIONES

**1. OBSERVACIONES DE GARANTIAS DEL SOLICITANTE**

- a) Ingresos \_\_\_\_\_  
b) Bienes \_\_\_\_\_  
c) Es sujeto a crédito Si ( ) No ( )

**Observaciones Depto. De Contabilidad**

- a) Fecha de Afiliación \_\_\_\_\_  
b) Pagos: Talonario  Planilla  Oficina   
c) Saldo de otros Préstamos: \_\_\_\_\_

<u>Préstamos</u>	<u>Fecha Otorgamiento</u>	<u>Valor Cuota Mensual</u>
Fiduciaria _____	_____	_____
Hipotecario _____	_____	_____

**2. OBSERVACIONES DE GARANTIA DEL PRIMER AVAL:**

- a) Ingresos \_\_\_\_\_  
b) Bienes \_\_\_\_\_  
c) Es sujeto a crédito Si ( ) No ( )  
d) Puntualidad en Cuotas de préstamo y afiliación Si ( ) No ( )  
e) Es afiliado al COLPROCAH Si ( ) No ( )

**3. OBSERVACIONES DE GARANTIA DEL SEGUNDO AVAL:**

- a) Ingresos \_\_\_\_\_  
b) Bienes \_\_\_\_\_  
c) Es sujeto a Crédito Si ( ) No ( )  
d) Puntualidad en cuotas de préstamos y afiliación Si ( ) No ( )  
e) Es afiliado al COLPROCAH Si ( ) No ( )

---

**4. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA DEL SOLICITANTE**

---

- a) Pagó cuotas hasta \_\_\_\_\_  
b) Puntualidad en cuotas de Afiliación \_\_\_\_\_  
c) Puntualidad en Cuotas de Préstamo \_\_\_\_\_

---

**5. CLASIFICACION DE RIESGOS DE MORA DEL SOLICITANTE**

---

- a) Riesgo Mínimo \_\_\_\_\_  
b) Riesgo intermedio \_\_\_\_\_  
c) Riesgo alto \_\_\_\_\_  
d) Pago Dedución por Planilla \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Administradora F.A.M.

CONSTANCIA DE TRABAJO DEL SOLICITANTE

El suscrito, Jefe del Área de Recursos Humanos de \_\_\_\_\_, por medio de la presente HACE CONSTAR QUE: EL (LA) Sr. (Sra. Srita.) \_\_\_\_\_ se desempeña como \_\_\_\_\_, laborando en esta institución desde el \_\_\_\_\_.

Por contrato  Permanente  , devengando un sueldo mensual de L. \_\_\_\_\_

Teniendo el siguiente detalle de deducciones:

Retención de la Fuente	L. _____
Seguro Social	_____
Cooperativa	_____
Banco de los Trabajadores	_____
Jubilación INJUPEMP	_____
Sindicato	_____
COLPROCAH	_____
Impuesto Vecinal	_____
Otros (especifique)	_____
Total Deducciones	_____
NETO PAGADO	L. _____

NOMBRE DE LA PLANILLA

No. PROGRA MA _____	No. SUB-PROGRA MA _____	No. ACTIVI DAD _____	No. DE EMPLEA DO _____	CLAVE DEL PUESTO _____
------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------

Nombre del Departamento \_\_\_\_\_

Nombre del Puesto \_\_\_\_\_

Y, para los fines que el interesado estime conveniente, se le extiende la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del dos mil \_\_\_\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma y sello \_\_\_\_\_

CONSTANCIA DE TRABAJO DEL AVAL 1

El suscrito, Jefe del Área de Recursos Humanos de \_\_\_\_\_, por medio de la presente HACE CONSTAR QUE: EL (LA) Sr. (Sra. Srita.) \_\_\_\_\_ se desempeña como \_\_\_\_\_, laborando en esta institución desde el \_\_\_\_\_.

por contrato  Permanente  , devengando un sueldo mensual de L. \_\_\_\_\_

Teniendo el siguiente detalle de deducciones:

Retención de la Fuente	L. _____
Seguro Social	_____
Cooperativa	_____
Banco de los Trabajadores	_____
Jubilación INJUPEMP	_____
Sindicato	_____
COLPROCAH	_____
Impuesto Vecinal	_____
Otros (especifique)	_____
Total Deducciones	_____
NETO PAGADO	L. _____

NOMBRE DE LA PLANILLA

No. PROGRA MA _____	No. SUB-PROGRA MA _____	No. ACTIVI DAD _____	No. DE EMPLEA DO _____	CLAVE DEL PUESTO _____
------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------

Nombre del Departamento \_\_\_\_\_

Nombre del Puesto \_\_\_\_\_

Y, para los fines que el interesado estime conveniente, se le extiende la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del dos mil \_\_\_\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma y sello \_\_\_\_\_

CONSTANCIA DE TRABAJO DEL AVAL 2

El suscrito, Jefe del Área de Recursos Humanos de \_\_\_\_\_, por medio de la presente HACE CONSTAR QUE: EL (LA) Sr. (Sra. Srita.) \_\_\_\_\_ se desempeña como \_\_\_\_\_, laborando en esta institución desde el \_\_\_\_\_.

por contrato  Permanente  , devengando un sueldo mensual de L. \_\_\_\_\_

Teniendo el siguiente detalle de deducciones:

Retención de la Fuente	L. _____
Seguro Social	_____
Cooperativa	_____
Banco de los Trabajadores	_____
Jubilación INJUPEMP	_____
Sindicato	_____
COLPROCAH	_____
Impuesto Vecinal	_____
Otros (especifique)	_____
Total Deducciones	_____
NETO PAGADO	L. _____

**NOMBRE DE LA PLANILLA**

No. PROGRA MA _____	No.SUB-PROGRA MA _____	No. ACTIVI DAD _____	No.DE EMPLEA DO _____	CLAVE DEL PUESTO _____
------------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------------	---------------------------

Nombre del Departamento \_\_\_\_\_

Nombre del Puesto \_\_\_\_\_

Y, para los fines que el interesado estime conveniente, se le extiende la presente en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del dos mil \_\_\_\_\_.

Nombre \_\_\_\_\_ Firma y sello \_\_\_\_\_

# A U T O R I Z A C I Ó N

Yo, \_\_\_\_\_, Miembro del Colegio de Profesionales en Ciencias Agrícolas de Honduras , Por este medio autorizo en forma irrevocable para que me sea retenido de mi sueldo la cantidad de L. \_\_\_\_\_ a favor del COLPROCAH, a partir del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_, hasta el mes de \_\_\_\_\_.

Asimismo, autorizo IRREVOCABLEMENTE para que, en caso de cesar en mi trabajo, estos valores sean deducidos del saldo de mis prestaciones laborales, o de cualquier otro derecho que me corresponda.

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

---

Firma y sello del Colegiado



# A U T O R I Z A C I Ó N

Yo, \_\_\_\_\_, Miembro del COLPROCAH, Por este medio autorizo en forma irrevocable, para que en caso de Fallecimiento sea deducido el saldo pendiente del préstamo otorgado, del Seguro de Vida en la póliza del COLPROCAH.

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

---

Firma y sello del Colegiado

# A U T O R I Z A C I Ó N

Yo, \_\_\_\_\_, Miembro del Colegio de Profesionales en Ciencias Agrícolas de Honduras (COLPROCAH), Por este medio autorizo en forma irrevocable para que en caso de cesar en mi trabajo sea deducido el saldo pendiente del préstamo otorgado por COLPROCAH, de mis prestaciones laborales o cualquier otro derecho que me corresponda.

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

---

Firma y sello del Colegiado

## AUTORIZACIÓN DE AVALES PARA RETENCION 1

Yo, \_\_\_\_\_, con tarjeta de identidad No. \_\_\_\_\_

Por este medio **AUTORIZO EN FORMA IRREVOCABLE** al patrono para el cual laboro, que mensualmente deduzca de mi sueldo la cantidad de L. \_\_\_\_\_,  
(\_\_\_\_\_)

A partir del momento en que el Señor (a) \_\_\_\_\_

Entre en mora de su cuota de préstamo otorgado por el Colegio de Profesionales en Ciencias Agrícolas de Honduras y del cual soy aval solidario. Asimismo, autorizo **IRREVOCABLEMENTE** para que, en caso de cesar en mi trabajo estos valores sean deducidos del saldo de mis prestaciones laborales, o de cualquier otro derecho que me corresponda.

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

---

Firma y Sello

## AUTORIZACIÓN DE AVALES PARA RETENCION 1

Yo, \_\_\_\_\_, Miembro del Colegio de Profesionales en Ciencias Agrícolas de Honduras , Por este medio autorizo en forma irrevocable para que me sea retenido de mi sueldo la cantidad de L. \_\_\_\_\_ a favor del COLPROCAH, a partir del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_, hasta el mes de \_\_\_\_\_.

Asimismo, autorizo IRREVOCABLEMENTE para que, en caso de cesar en mi trabajo, estos valores sean deducidos del saldo de mis prestaciones laborales, o de cualquier otro derecho que me corresponda.

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

---

Firma y sello del Colegiado

## AUTORIZACIÓN DE AVALES PARA RETENCION 2

Yo, \_\_\_\_\_, con tarjeta de identidad No. \_\_\_\_\_

Por este medio **AUTORIZO EN FORMA IRREVOCABLE** al patrono para el cual laboro, que mensualmente deduzca de mi sueldo la cantidad de L. \_\_\_\_\_,  
(\_\_\_\_\_)

A partir del momento en que el Señor (a) \_\_\_\_\_

Entre en mora de su cuota de préstamo otorgado por el Colegio de Profesionales en Ciencias Agrícolas de Honduras y del cual soy aval solidario. Asimismo, autorizo **IRREVOCABLEMENTE** para que, en caso de cesar en mi trabajo estos valores sean deducidos del saldo de mis prestaciones laborales, o de cualquier otro derecho que me corresponda.

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

---

Firma y Sello

## AUTORIZACIÓN DE AVALES PARA RETENCION 2

Yo, \_\_\_\_\_, Miembro del Colegio de Profesionales en Ciencias Agrícolas de Honduras , Por este medio autorizo en forma irrevocable para que me sea retenido de mi sueldo la cantidad de L. \_\_\_\_\_ a favor del COLPROCAH, a partir del mes de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_\_, hasta el mes de \_\_\_\_\_.

Asimismo, autorizo IRREVOCABLEMENTE para que, en caso de cesar en mi trabajo, estos valores sean deducidos del saldo de mis prestaciones laborales, o de cualquier otro derecho que me corresponda.

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

---

Firma y sello del Colegiado