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

COLEGIO DE BACHILLERES DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

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; ASIMISMO EN CASO DE UNA TERMINACIÓN LABORAL CON EL COLEGIO, LA CANTIDAD QUE ADEUDE SE DESCUENTE, DE LAS APORTACIONES QUE HAYA EFECTUADO AL FONDO, PAGO DE PENSIÓN EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, Y/O FINIQUITO.

ANEXO:

1. Original y copia del talón de cheque de la última catorcena.
2. Copia del Estado de Cuenta del Banco que incluya clabe interbancaria.
3. Copia de la credencial de elector.

X ________________________

Firma del Solicitante

EXCLUSIVO CONTROL INTERNO:

IMPORTE SOLICITADO:	$ ____________________	CAPACIDAD DE PAGO:	____________________
(+) INTERESES:	____________________	DESCUENTO CATORCENAL:	____________________
(=) TOTAL A PÁGAR :	____________________	NO. DE CATORCENAS:	____________________
(-) PRÉSTAMO ANTERIOR :	____________________	PRIMER DESCUENTO:	____________________
TOTAL A RECIBIR:	____________________	ÚLTIMO DESCUENTO:	____________________

- -

P A G A R É :

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. Este pagaré causará intereses moratorios a razón del 1.5% (uno punto cinco porciento) catorcenal sobre pagos vencidos hasta su total liquidación, pagadero conjuntamente con el principal. Este pagaré se expide en la ciudad de ___________________________el día _______ del mes______________________de______________.

Acepto

Nombre: ____

Domicilio: ____

____

X ________________________

Firma

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