

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Apartado Postal 810

Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.

Por este medio autorizo al Colegio Médico de Honduras, acredite a la Cuenta de Banco de Occidente Cuenta de Ahorros No. _____

Cuenta de Cheques No. _____

Actualmente utiliza esta cuenta Bancaria: Sí No
La cual debe estar activa.

Por la aprobación del Préstamo _____
Indicar tipo de Préstamo

La cual firmo en la ciudad de _____ la presente autorización a los _____ días del mes de _____ del año _____.

No. Colegiado Nombre de Colegiado Firma y Sello

No. de identidad: _____

NOTA: Esto debe venir con puño y letra a mano del médico prestatario, y Adjuntar copia de la tarjeta, donde aparece el número de Cuenta Bancaria,

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal NO. 810
Tegucigalpa M.D.C. Honduras Centro América

COMPROMISO DE PAGO

YO. _____ Colegiado
No _____ Médico Cirujano, con No. de
Identidad _____, me comprometo a cancelar mis
pagos mensuales del préstamo que estoy solicitando a partir
de la fecha que me corresponda en el caso que la Institución,
donde yo laboro no me deduzca las cuotas correspondientes,
(Ministerio de Salud Pública, Instituto Hondureño de
Seguridad Social y Universidad Nacional Autónoma de
Honduras), u otra Institución que a futuro sea autorizada por
el Colegio Médico de Honduras.

Quedo entendido que cualquier atraso en el mismo, queda
bajo mi responsabilidad si esto genera más intereses, por las
cuotas no retenidas.

Tegucigalpa MDC. _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Departamento de Prèstamos

Tegucigalpa MDC.

Señores:

JEFE DE PERSONAL

Estimado Señor:

Respetuosamente, me dirijo a usted para solicitarle deduzca de mi sueldo, la cantidad de: _____

Según Número de Planilla: _____

Número de Empleado: _____

Persona Encargada de la Planilla (M.S.P.): _____

Región donde labora (M.S.P.): _____

Numero de Funcionario (M.S.P.): _____

Favor hacerla efectiva a partir del mes _____

Agradezco la atención a la presente.

Atentamente,

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA Y SELLO DEL COLEGIADO

IDENTIDAD No. _____ No. DE COLEGIADO: _____

DEPARTAMENTO DE PRÉSTAMOS

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Departamento de Prèstamos

Tegucigalpa MDC.

Señores:

JEFE DE PERSONAL

Estimado Señor:

Respetuosamente, me dirijo a usted para solicitarle deduzca de mi sueldo, la cantidad de: _____

Según Número de Planilla: _____

Número de Empleado: _____

Persona Encargada de la Planilla (M.S.P.): _____

Región donde labora (M.S.P.); _____

Numero de Funcionario (M.S.P.): _____

Favor hacerla efectiva a partir del mes _____

Agradezco la atención a la presente.

Atentamente,

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

FIRMA Y SELLO DEL COLEGIADO

IDENTIDAD No. _____ No. DE COLEGIADO: _____

DEPARTAMENTO DE PRÉSTAMOS

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal 810
Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACION DE RETENCION PRESTATARIO

YO, _____ autorizo en forma irrevocable a mi patrono actual o cualquier persona Natural, o Jurídica para la cual trabaje ahora o en el futuro, para que deduzca de mi salario L. _____ de las sumas que reciba en caso que labore por Contrato, Permanente o en cualquier forma, las cantidades que adelante indico.

Asimismo Autorizo en forma irrevocable a mi Patrono Actual

_____ Dirección _____

Teléfono _____, que me deduzca inmediatamente después de la notificación del otorgamiento del Préstamo _____ o Préstamo por parte del "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Como tambien autorizo a que se me requiera a mi domicilio, ciudad _____ col. _____

_____ Ave. _____ Calle _____

Bloque _____ Casa No. _____

Teléfono Fijo _____ Teléfono Celular: _____

Otro Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Y otras acciones judiciales que se determinen en caso de incumplimiento haciéndome responsable de todos los costos que incurra dicha acción.- La cual doy fe a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
Apartado Postal 810
Tegucigalpa M.D.C. Honduras C.A.

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACION DE RETENCION PRESTATARIO

YO, _____ autorizo en forma irrevocable a mi patrono actual o cualquier persona Natural, o Jurídica para la cual trabaje ahora o en el futuro, para que deduzca de mi salario L. _____ de las sumas que reciba en caso que labore por Contrato, Permanente o en cualquier forma, las cantidades que adelante indico.

Asimismo Autorizo en forma irrevocable a mi Patrono Actual

_____ Dirección _____

Teléfono _____, que me deduzca inmediatamente después de la notificación del otorgamiento del Préstamo _____ o Préstamo por parte del "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS"

Como tambien autorizo a que se me requiera a mi domicilio, ciudad _____ col. _____

_____ Ave. _____ Calle _____

Bloque _____ Casa No. _____

Teléfono Fijo _____ Teléfono Celular: _____

Otro Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Y otras acciones judiciales que se determinen en caso de incumplimiento haciéndome responsable de todos los costos que incurra dicha acción.- La cual doy fe a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS



CROQUIS: Nombre: _____ Colegiado N° _____

Especificar: si es: Prestatario Aval

Dirección Completa: _____



SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SALDO DE DEUDA

N° Préstamo: _____

Nombre y Apellido: _____

Monto Solicitado: _____ Plazo: _____ Interés: _____ Prima: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Profesión: _____ Estado Civil: _____

Estatura Mts.: _____ Peso Lbs.: _____ Correo Electrónico: _____ Identidad No. o Pasaporte: _____

Patrono: _____ Cargo que Desempeña: _____ Tiempo de Laborar en la Empresa: _____

Nombre del Conyugue: _____ Donde trabaja: _____ No. de Teléfono: _____

Ave.: _____ Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____

Dirección de Residencia: _____ Zona: _____

Ave.: _____ Bloque: _____ Calle: _____ Pasaje o Peatonal: _____ Casa: _____

Dirección Referenciada: _____ No. de Teléfono: _____ Apartado Postal: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

Referencias Personales:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Referencias Comerciales o Bancarias:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Sufrió usted algún accidente, operación quirúrgica, o se encuentra actualmente bajo tratamiento médico. Sí _____ No _____

Adolece usted algún defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardíacas, pulmonares cancerosas, hipertensión arterial insuficiencia renal diabetes, hepatitis, enfermedades mentales, cirrosis o SIDA. Sí _____ No _____

Tiene usted alguna dificultad física o mental para el desempeño de sus labores. Sí _____ No _____

En caso de ser afirmativo detallar: _____

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden son completas y verdaderas además acepto que las mismas sirvan de base para la elaboración de la Garantía Adicional consistente en un Seguro de Vida por la misma cantidad y plazo del crédito otorgado.

A la vez declaro: que cedo expresamente todos los derechos y privilegios de mi seguro a _____ en su calidad de acreedor y lo autorizo a que cualquier prima no pagada, sea cargada a mi préstamo.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Oficial de Crédito

Firma del Solicitante



CUESTIONARIO DE SUSCRIPCIÓN ESPECÍFICO PARA COVID -19

PÓLIZA NO.:	CONTRATANTE:
--------------------	---------------------

A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO	NO. IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO

B. CUESTIONARIO DE SALUD

- ¿Ha viajado fuera del país después de diciembre 2019?
SI NO
- ¿Ha tenido inicio súbito de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, fiebre, dificultad para respirar y/o falta de aire o pérdida del gusto y/u olfato?
SI NO
- ¿En los últimos tres meses, usted ha resultado positivo para COVID-19?
SI NO
- ¿Ha estado en contacto con alguna persona sospechosa o confirmada con COVID-19?
SI NO

RESPUESTA A PREGUNTA NO.	EXPLIQUE PAÍSES VISITADOS, SÍNTOMAS Y DETALES

C. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a MAPFRE SEGUROS HONDURAS S.A. de toda obligación de indemnizar.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Oficial de Crédito

Firma del Solicitante

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

CONSTANCIA DE TRABAJO

El Jefe de Área de Recursos Humanos de: _____

_____, por medio de la presente HACE CONSTAR: Que el (la) Dr
(a). _____

Labora en ésta institución desde el _____ en el cargo

de _____ por contrato ()

Permanente (), devengando un sueldo mensual de L. _____

Teniendo el siguiente detalle de deducciones:

• Retención en la Fuente	L.	_____
• Impuesto Vecinal	L.	_____
• Seguro Social	L.	_____
• Cooperativa	L.	_____
• Sindicato	L.	_____
• Banco de los Trabajadores	L.	_____
• Colegio Médico de Honduras	L.	_____
• Otros Colegios de Profesionales	L.	_____
• Jubilación (IMPREMA,,INJUPEMP,,ETC)	L.	_____
• Asistencia Médica	L.	_____
• Otros (especifique)	L.	_____
• Total Deducciones	L.	_____
NETO A RECIBIR	L.	_____

Planilla: _____ No. Funcionario de la Secretaria de Salud:
_____ Región Departamental Secretaría de Salud _____

No. de Identidad: _____

Y para los fines que al interesado (a) convengan, se le extiende la presente en la ciudad
de _____ a los _____ del mes
de _____ del año _____.

NOMBRE

FIRMA Y SELLO

Este documento es valido únicamente para tramitar Préstamos Personales
en el Colegio Médico de Honduras, considerado de carácter estrictamente
CONFIDENCIAL

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
APARTADO POSTAL 810
TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS C.A.

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACION DE RETENCION AVALISTA

Yo, _____ autorizo en forma irrevocable a mi patrono actual o cualquier persona Natural o Jurídica para la cual trabaje ahora o en el futuro, para que deduzca de mi salario L. _____ De las sumas que reciba en caso de que por Contrato Permanente o en cualquier forma, las cantidades que adelante indico.

Asimismo Autorizo en forma irrevocable a mi Patrono Actual

Dirección: _____

Teléfono _____ que me deduzca inmediatamente después que se agoten los requerimientos de cobro extrajudicial por parte del "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS", contra el deudor principal de la obligación, bastando hacer realizado dichos tramites ya sea por Préstamo _____
O Préstamo _____

La cual doy fe a los _____ días del mes de _____
_____ del año _____

FIRMA AUTORIZADA



CROQUIS: Nombre: _____ Colegiado N° _____

Especificar: si es: Prestatario Aval

Dirección Completa: _____

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Apartado Postal. 810

Tegucigalpa MDC. Honduras C.A. Colegiado No. _____

DECLARACION DEL AVAL

Por la presente AUTORIZO EN FORMA IRREVOCALBE, a mi Patrono actual o a cualquier persona Natural o Jurídica para la cual trabaje, ahora o en el futuro para que deduzca de mi salario L. _____ de las sumas que reciba en caso que labore por contrato, permanente o en cualquier forma, la cantidad que adelante indico.

Asimismo, AUTORIZO IRREVOCABLEMENTE, para que en caso de cesar en mi trabajo por cualquier causa , el saldo de los préstamos que adeudo al Colegio Médico de Honduras y sus intereses, se deduzcan de las prestaciones laborales que pudieran corresponderme de acuerdo con la Ley, Contrato Colectivo o Individual, escrito o no.

Para abono a Préstamo obtenido	L.	_____
Cuota Ordinaria	L.	_____
Otros	L.	_____
Total Deducciones	L.	_____

Las cantidades de dinero que por efecto de AUTORIZACION IRREVOCABLE, se deduzcan, deberán ser remitidas al COLEGIO MEDICO DE HONDURAS, en los términos y condiciones que establece dicho Colegio.

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

DIRECCION PARTICULAR

F/N- _____ IDENT. _____ E.C. _____ RTN _____

NOMBRE DEL PATRONO: _____

DEPENDENCIA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO CASA: _____ TELEFONO TRABAJO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ NO. DE CELULAR _____

No. DE COLEGIADO: _____

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

CONSTANCIA DE TRABAJO

El Jefe de Área de Recursos Humanos de: _____
_____, por medio de la presente HACE CONSTAR: Que el (la) Dr
(a). _____

Labora en ésta institución desde el _____ en el cargo
de _____ por contrato ()

Permanente (), devengando un sueldo mensual de L. _____

Teniendo el siguiente detalle de deducciones:

• Retención en la Fuente	L.	_____
• Impuesto Vecinal	L.	_____
• Seguro Social	L.	_____
• Cooperativa	L.	_____
• Sindicato	L.	_____
• Banco de los Trabajadores	L.	_____
• Colegio Médico de Honduras	L.	_____
• Otros Colegios de Profesionales	L.	_____
• Jubilación (IMPREMA,,INJUPEMP,,ETC)	L.	_____
• Asistencia Médica	L.	_____
• Otros (especifique)	L.	_____
• Total Deducciones	L.	_____
NETO A RECIBIR	L.	_____

Planilla: _____ No. Funcionario de la Secretaria de Salud:
_____ Región Departamental Secretaría de Salud _____

No. de Identidad: _____

Y para los fines que al interesado (a) convengan, se le extiende la presente en la ciudad
de _____ a los _____ del mes
de _____ del año _____.

NOMBRE

FIRMA Y SELLO

Este documento es valido únicamente para tramitar Préstamos Personales
en el Colegio Médico de Honduras, considerado de carácter estrictamente
CONFIDENCIAL

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
APARTADO POSTAL 810
TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS C.A.

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACION DE RETENCION AVALISTA

Yo, _____ autorizo en forma irrevocable a mi patrono actual o cualquier persona Natural o Jurídica para la cual trabaje ahora o en el futuro, para que deduzca de mi salario L. _____ De las sumas que reciba en caso de que por Contrato Permanente o en cualquier forma, las cantidades que adelante indico.

Asimismo Autorizo en forma irrevocable a mi Patrono Actual

Dirección: _____

Teléfono _____ que me deduzca inmediatamente después que se agoten los requerimientos de cobro extrajudicial por parte del "COLEGIO MEDICO DE HONDURAS", contra el deudor principal de la obligación, bastando hacer realizado dichos tramites ya sea por Préstamo _____
O Préstamo _____

La cual doy fe a los _____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA AUTORIZADA



CROQUIS: Nombre: _____ Colegiado Nº _____

Especificar: si es: Prestatario Aval

Dirección Completa: _____

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Apartado Postal. 810

Tegucigalpa MDC. Honduras C.A. Colegiado No. _____

DECLARACION DEL AVAL

Por la presente AUTORIZO EN FORMA IRREVOCALBE, a mi Patrono actual o a cualquier persona Natural o Jurídica para la cual trabajo, ahora o en el futuro para que deduzca de mi salario L. _____ de las sumas que reciba en caso que labore por contrato, permanente o en cualquier forma, la cantidad que adelante indico.

Asimismo, AUTORIZO IRREVOCABLEMENTE, para que en caso de cesar en mi trabajo por cualquier causa , el saldo de los préstamos que adeudo al Colegio Médico de Honduras y sus intereses, se deduzcan de las prestaciones laborales que pudieran corresponderme de acuerdo con la Ley, Contrato Colectivo o Individual, escrito o no.

Para abono a Préstamo obtenido	L.	_____
Cuota Ordinaria	L.	_____
Otros	L.	_____
Total Deducciones	L.	_____

Las cantidades de dinero que por efecto de AUTORIZACION IRREVOCABLE, se deduzcan, deberán ser remitidas al COLEGIO MEDICO DE HONDURAS, en los términos y condiciones que establece dicho Colegio.

FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

DIRECCION PARTICULAR

F/N- _____ IDENT. _____ E.C. _____ RTN _____

NOMBRE DEL PATRONO: _____

DEPENDENCIA: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO CASA: _____ TELEFONO TRABAJO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ NO. DE CELULAR _____

No.DE COLEGIADO: _____