

No. de solicitud:

# INPREUNAH

# GPYS-LADT

INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS  
SOLICITUD DE PRODUCTO FINANCIERO DE LA LEY DE ALIVIO DE LA DEUDA PARA LOS TRABAJADORES  
Decreto Legislativo No.118-2019

Recomendación: En caso de no aplicar en alguno de los campos escriba N/A (No Aplica)

**Producto financiero:** Consolidación de deudas según Decreto Legislativo No. 118-2019.

Monto total de solicitud: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento / No. de identificación /  Identidad  Pasaporte  
 RTN  Carné de residencia

Femenino  Masculino. /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nacionalidad / Edad /  Pensionado  Activo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Estado civil / Nombre y apellido del cónyuge

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ciudad / Departamento

Dirección Completa \*Ejemplo: Barrio /colonia, No de casa, calle bloque, sector, etapa u otras referencias del domicilio.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Teléfono fijo / Teléfono personal / Correo electrónico

### DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Profesión/Oficio / Cargo desempeñado / No. de empleado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Centro regional / Unidad / Sueldo devengado / Total de gastos (mes)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Teléfono de centro de trabajo / Correo institucional / Tipo de contrato

### OTRAS FUENTES DE INGRESO DEL SOLICITANTE

¿Actualmente posee otros ingresos? SI  NO

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre de la empresa / Número de teléfono de la empresa

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Giro de la empresa / Nombre del jefe inmediato

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Ingreso o sueldo devengado / Cargo

### REFERENCIAS PERSONALES

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido de referencia personal / Parentesco / Celular

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido de referencia personal / Parentesco / Celular

Continúe al reverso 1/2

¿Es una figura pública que desempeña o ha desempeñado un cargo destacado público en el país o en un país extranjero, en los últimos 4 años? SI  NO  , Si su respuesta es "SI" por favor complete los siguientes datos:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del cargo / Periodo

¿Tiene un familiar que sea figura pública? Esposo (a), Compañero (a) de hogar, Padres, Hijos, Hermanos, Abuelos. SI  NO  Si su respuesta es "SI" por favor complete los siguientes datos:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre completo / Parentesco

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre del cargo / Periodo

**TRANSFERENCIA**

Método de pago a las instituciones acreedoras: Transferencia bancaria  Cheque

Instituciones acreedoras, según declaración jurada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIADOR SOLIDARIO**

En caso de falta de pago de parte del deudor principal, se deducirá la cuota del crédito al o los avales, debiendo cancelar el saldo del crédito en su totalidad. Si el crédito fuera avalado por dos (2) o más personas, el saldo pendiente de pago se distribuirá equitativamente entre ellos. Los participantes que se encuentren avalando un crédito no podrán solicitar el beneficio de separación hasta que el prestatario pueda garantizar el mismo por su propia cuenta o en su defecto sustituya al aval.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nombre completo / No. Identidad

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Profesión/Oficio / Estatus / Tipo de contrato

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Celular / Centro regional / Unidad / No. de empleado

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Correo institucional / Total de gastos / Salario

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y HUELLA DE FIADOR

**Condiciones de otorgamiento del préstamo:**

**1.** Los créditos de consumo estarán garantizados por el 100% de las aportaciones más los Intereses del Prestatario, las prestaciones laborales, Cesantía, pagaré y otros. **2.** Será responsabilidad del prestatario el pago mensual de la cuota, en caso que el ente que realiza las deducciones no le deduzca la cuota respectiva o le deduzca parcialmente la misma, el prestatario se obliga a pagar directamente por ventanilla las cuotas correspondientes o el valor pendiente para complementar la cuota, aun cuando no haya sido notificado por parte del INPREUNAH, el no cumplimiento de lo anterior implica que el crédito caerá en mora, la que debe ser cancelada por el prestatario. **3.** En caso que el Prestatario sea afiliado activo y se retire o separe del sistema antes de completar el pago del Préstamo de consumo, el saldo pendiente de pago se le deducirá del total de las cotizaciones o del monto que le corresponda por el beneficio de separación o cualquier otra prestación laboral a que tenga derecho, entregándole el remanente si lo hubiere. **4.** A partir del primer mes de atraso en el pago de su cuota normal, el Prestatario deberá cancelar por concepto de mora el 2% mensual sobre las cuotas vencidas para Préstamos de consumo. **5.** La falta de pago de tres cuotas en los Préstamos de consumo, de afiliados que han dejado de cotizar; dará lugar a que el INPREUNAH, afecte de oficio las aportaciones e Interés a que tenga derecho y amortizarlas a los créditos que tenga vigentes, entregándole el remanente si lo hubiere. **6.** El Prestatario que solicite un crédito y al momento de llenar el formulario de salud o del seguro de vida no declare las enfermedades graves y pre-existentes, declare datos inexactos u omite información y falleciere dentro de los primeros 12 meses de estar pagando el préstamo el saldo pendiente será cobrado un extra prima.

**Afirmación de veracidad y autorización:** Certifico que los datos anteriores son veraces, correctos y a mi conocimiento, por lo tanto autorizo al Instituto de Previsión Social de los Empleados de la Universidad INPREUNAH y a las autoridades supervisoras para que puedan verificar la autenticidad de los mismos, y solicitar referencias e información de mis préstamos en el SISTEMA BANCARIO NACIONAL a través de la CENTRAL DE INFORMACIÓN CREDITICIA que opera la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y/o Buros de Crédito Privados, siendo dicha autorización vigente a partir del día de hoy hasta la cancelación de mis préstamos con el INPREUNAH.

Lugar y fecha de completación de formulario: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
GERENTE DE PRÉSTAMOS Y SEGUROS INPREUNAH

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y HUELLA DE AFILIADO SOLICITANTE