

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

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACION DE RETENCIÓN 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 MÉDICO 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 MÉDICO DE HONDURAS
Departamento de Préstamos

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 MÉDICO 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:

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Retención en la Fuente | L. |
| <input type="checkbox"/> Impuesto Vecinal | L. |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | L. |
| <input type="checkbox"/> Cooperativa | L. |
| <input type="checkbox"/> Sindicato | L. |
| <input type="checkbox"/> Banco de los Trabajadores | L. |
| <input type="checkbox"/> Colegio Médico de Honduras | L. |
| <input type="checkbox"/> Otros Colegios de Profesionales | L. |
| <input type="checkbox"/> Jubilación (IMPREMA,,INJUPEMP,,ETC) | L. |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | L. |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) | L. |
| <input type="checkbox"/> 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 válido únicamente para tramitar Préstamos Personales en el
Colegio Médico de Honduras, considerado de carácter estrictamente
CONFIDENCIAL

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

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN 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

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS
Departamento de Préstamos

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: _____

Región donde labora:

Numero de Funcionario: _____

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 MÉDICO 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 MÉDICO

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

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN 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 MÉDICO DE HONDURAS”

Como también 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 MÉDICO 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:

- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Retención en la Fuente | L. |
| <input type="checkbox"/> Impuesto Vecinal | L. |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | L. |
| <input type="checkbox"/> Cooperativa | L. |
| <input type="checkbox"/> Sindicato | L. |
| <input type="checkbox"/> Banco de los Trabajadores | L. |
| <input type="checkbox"/> Colegio Médico de Honduras | L. |
| <input type="checkbox"/> Otros Colegios de Profesionales | L. |
| <input type="checkbox"/> Jubilación (IMPREMA,,INJUPEMP,,ETC) | L. |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | L. |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) | L. |
| <input type="checkbox"/> 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 válido únicamente para tramitar Préstamos Personales en el
Colegio Médico de Honduras, considerado de carácter estrictamente
CONFIDENCIAL

COLEGIO MÉDICO 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:

- | | |
|--|----|
| <input type="checkbox"/> Retención en la Fuente | L. |
| <input type="checkbox"/> Impuesto Vecinal | L. |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | L. |
| <input type="checkbox"/> Cooperativa | L. |
| <input type="checkbox"/> Sindicato | L. |
| <input type="checkbox"/> Banco de los Trabajadores | L. |
| <input type="checkbox"/> Colegio Médico de Honduras | L. |
| <input type="checkbox"/> Otros Colegios de Profesionales | L. |
| <input type="checkbox"/> Jubilación (IMPREMA,,INJUPEMP,,ETC) | L. |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | L. |
| <input type="checkbox"/> Otros (especifique) | L. |
| <input type="checkbox"/> 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 válido únicamente para tramitar Préstamos Personales en el
Colegio Médico de Honduras, considerado de carácter estrictamente
CONFIDENCIAL

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

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN 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

COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

Apartado Postal. 810

Tegucigalpa MDC. Honduras C.A.

Colegiado No. _____

Préstamo No. _____

DECLARACIÓN 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: _____

NUMEROD E COLEGIADO: _____