

TIENE USTED OTRO CRÉDITO CON NOSOTROS:

SI NO

ESPECIFIQUE: _____

VI-TOTAL DE INGRESOS Y GASTOS MENSUALES

SOLICITANTE:	INGRESOS NETOS Bs.	GASTOS Bs.
--------------	--------------------	------------

VII. DECLARACION DEL SOLICITANTE Y CONYUGE

Los abajo firmantes declaramos que:

1. Autorizo (amos) al Fondo a cargar a mi (nuestra) cuenta, el monto requerido para cubrir los gastos de tramitación y seguros aceptando dicho cargo.
2. La información suministrada en este formulario es cierta y completa por lo tanto, autorizo al Fondo a verificar los datos aquí contenidos.
3. El conocimiento por parte del Fondo de que fueron falsas o alteradas, todas o algunas de las informaciones que el solicitante haya hecho al solicitar el préstamo bien sea antes o después de aprobado este dará lugar al revocamiento del crédito sin aviso previo.

FIRMA:

--	--

SOLICITANTE

CONYUGE

--

PARA USO EXCLUSIVO DEL FONDO

COORDINADOR DE CRÉDITOS

RECOMENDACIÓN	APROBADA <input type="checkbox"/>	NEGADA <input type="checkbox"/>	DIFERIDA <input type="checkbox"/>
---------------	-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

FIRMA

--


JUNTA DIRECTIVA



Fondo de Jubilaciones y
Pensiones del Personal de la UPEL

CUADRO DE RECAUDOS

SOLICITUD DE CRÉDITO PARA ASISTENCIA MEDICA

		N° Solicitud:
SOLICITANTE:	C.I.:	
RECAUDOS		
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> LLENAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE.<input type="checkbox"/> DOS FOTOCOPIAS LEGIBLES DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE, (SI NO COINCIDE PRESENTAR DOCUMENTO DEMOSTRATIVO DEL ESTADO CIVIL ACTUAL).<input type="checkbox"/> DOS FOTOCOPIAS LEGIBLES DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL CÓNYUGE.<input type="checkbox"/> FOTOCOPIAS DE LOS ÚLTIMOS TRES RECIBOS DE PAGO EN LA UPEL.<input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO Y PRESUPUESTO DE HOSPITALIZACIÓN EMITIDO POR EL CENTRO MEDICO CORRESPONDIENTE.<input type="checkbox"/> DOS FIANZAS OTORGADAS POR TRABAJADORES DE LA UPEL Y FOTOCOPIA LEGIBLE DE SU RESPECTIVA CÉDULA DE IDENTIDAD.<input type="checkbox"/> SOLVENCIA CON LA FUNDACIÓN FONDO DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL PERSONAL DE LA UPEL EMITIDA POR EL DEPARTAMENTO DE COBRANZAS.		
NOTA: EL CHEQUE SE EMITIRÁ A NOMBRE DE LA CLINICA Y/O CENTRO MEDICO QUE CORRESPONDA.		
HE RECIBIDO LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS EN EL RECUADRO, REQUISITOS PARA EL ANALISIS DEL PRESTAMO QUE SE TRAMITA, LA DOCUMENTACION CADUCA A LOS 180 DIAS HABILES A PARTIR DE LA FECHA ABAJO INDICADA.		
 <p>LA PRESENTE DEBE SER ENVIADA A LA AV. ESTE 2, TORRE MORELOS, P.H. "B" Y "C" URB. LOS CAOBOS, PARA CUALQUIER INFORMACION SOBRE ESTA CONSIGNADO O POR LOS TELEFONOS. 574-82-20, 574-71-74</p>	RECIBI CONFORME P/ EL FONDO	_____/_____/_____ NOMBRE FIRMA FECHA



Fondo de Jubilaciones y
Pensiones del Personal de la UPEL

CARTA DE FIANZA

Yo, _____, de Nacionalidad Venezolana,
Titular de la Cédula de Identidad Nro: _____ con Domicilio
en, _____, Dirección _____ de
Habitación: _____

_____ Entidad Federal
_____, Personal de la **Universidad Pedagógica Experimental
Libertador** en el Instituto _____ con el Cargo
de _____. Por medio del presente documento declaro:
Acepto constituirme en fiador solidario y principal pagador en el crédito por
concepto de un **CREDITO PARA ASISTENCIA MEDICA** que le concederá **LA
FUNDACIÓN FONDO DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL PERSONAL DE
LA U.P.E.L.**, previo estudio de su caso, por la cantidad de:
_____ (Bs _____).

Al ciudadano/a, _____, Titular de la Cédula de
Identidad Nro: _____, quien desempeña el Cargo
de _____ en el Instituto _____

Firma del Fiador C.I.

Nro. de Teléfonos del Fiador:
Oficina: _____
Casa: _____
Celular: _____

Nota: Anexar Copia de la Cedula de Identidad del Fiador (Legible)



Fondo de Jubilaciones y
Pensiones del Personal de la UPEL

CARTA DE FIANZA

Yo, _____, de Nacionalidad Venezolana,
Titular de la Cédula de Identidad Nro: _____ con Domicilio
en, _____, Dirección _____ de
Habitación: _____
_____ Entidad Federal
_____, Personal de la **Universidad Pedagógica Experimental
Libertador** en el Instituto _____ con el Cargo
de _____. Por medio del presente documento declaro:
Acepto constituirme en fiador solidario y principal pagador en el crédito por
concepto de un **CREDITO PARA ASISTENCIA MEDICA** que le concederá **LA
FUNDACIÓN FONDO DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL PERSONAL DE
LA U.P.E.L.**, previo estudio de su caso, por la cantidad de:
_____ (Bs _____).

Al ciudadano/a, _____, Titular de la Cédula de
Identidad Nro: _____, quien desempeña el Cargo
de _____ en el Instituto _____

Firma del Fiador C.I.

Nro. de Teléfonos del Fiador:
Oficina: _____
Casa: _____
Celular: _____

Nota: Anexar Copia de la Cedula de Identidad del Fiador (Legible).