



## 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 MÉDICA

		<b>N° Solicitud:</b>
<b>SOLICITANTE:</b>	<b>C.I.:</b>	
<h2>RECAUDOS</h2> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> LLENAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE.</li><li><input type="checkbox"/> DOS FOTOCOPIAS LEGIBLES DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL SOLICITANTE, (SI NO COINCIDE PRESENTAR DOCUMENTO DEMOSTRATIVO DEL ESTADO CIVIL ACTUAL).</li><li><input type="checkbox"/> DOS FOTOCOPIAS LEGIBLES DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL CÓNYUGE.</li><li><input type="checkbox"/> FOTOCOPIAS DE LOS ÚLTIMOS TRES RECIBOS DE PAGO EN LA UPEL.</li><li><input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO Y PRESUPUESTO DE HOSPITALIZACIÓN EMITIDO POR EL CENTRO MEDICO CORRESPONDIENTE.</li><li><input type="checkbox"/> DOS FIANZAS OTORGADAS POR TRABAJADORES DE LA UPEL Y FOTOCOPIA LEGIBLE DE SU RESPECTIVA CÉDULA DE IDENTIDAD.</li><li><input type="checkbox"/> SOLVENCIA CON LA FUNDACIÓN FONDO DE JUBILACIONES Y PENSIONES DEL PERSONAL DE LA UPEL EMITIDA POR EL DEPARTAMENTO DE COBRANZAS.</li></ul> <p><b>NOTA: EL CHEQUE SE EMITIRÁ A NOMBRE DE LA CLINICA Y/O CENTRO MEDICO QUE CORRESPONDA.</b></p>		
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	_____/_____/_____ <b>NOMBRE</b> <b>FIRMA</b> <b>FECHA</b>



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 JUBLILACIONES 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 JUBLILACIONES 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)