

**AUTORIZACIÓN PARA MAESTROS EN SERVICIO ACTIVO, INTERINOS, JUBILADOS O PENSIONADOS**

Gerencia de Negocios

F-GN-02-I

Versión 06, 03 de Enero de 2023

Yo, _____, mayor de edad, hondureño, maestro de educación _____, con identificación N° _____ y número de afiliación _____, por medio de la presente **AUTORIZO** a la **Secretaría de Estado en el Despacho de Educación a través de la Subgerencia de Recursos Humanos Docentes** de dicha dependencia, y/o al **Instituto Nacional de Previsión del Magisterio (INPREMA)**, según sea el caso, para que deduzca por planilla de mis salario, jubilación, pensión y/o colaterales (décimo tercer mes en concepto de aguinaldo, décimo cuarto mes en concepto de compensación social, bonificación por vacaciones, compensación por zona de trabajo o cualquier otro beneficio económico); la cuota mensual que me corresponde por ser afiliado a la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO EDUCADORES DE HONDURAS LIMITADA (COACEHL)**, por la suma de L _____ por concepto:

| N° | Detalle | Valor Apertura | Deducción Actual | A, D / C * | Valor Aumento/Disminución | Deducción Total |
|----|--|----------------|------------------|------------|---------------------------|-----------------|
| 1 | Mi Aportación | | | | | |
| 2 | Mi Ahorro Retirable | | | | | |
| 3 | Mi Ahorro Navideño | | | | | |
| 4 | Mi Ahorro Futuro | | | | | |
| 5 | Mi Ahorro Soñado | | | | | |
| 6 | Mi Ahorro Chiki Coop (Incluye suma de todas las cuentas) | | | | | |
| 7 | Seguros | | | | | |
| 8 | Cuota Préstamo # 1 (Capital + Intereses) | | | | | |
| 9 | Cuota Préstamo # 2 (Capital + Intereses) | | | | | |
| 10 | Cuota Préstamo # 3 (Capital + Intereses) | | | | | |
| 11 | Cuota Préstamo # 4 (Capital + Intereses) | | | | | |
| 12 | Gastos administrativos | | | | | |
| 13 | Otros | | | | | |
| | Deducción Total | | | | | |

* A=Aumento, D=Disminución, C=Cancelación

La deducción será distribuida de manera uniforme en cada quincena o mensualmente según corresponda. Asimismo, es entendido y convenido que en caso de incumplimiento de mis obligaciones, en mi condición de prestatario se procederá a la deducción de los avales solidarios, quienes a su vez autorizan el cobro en caso de atraso en la cuota correspondiente al préstamo.

En fe de lo cual firmamos la presente **AUTORIZACIÓN**, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

1.Firma del Aval

2.Firma del Aval

3.Firma del Aval

Firma del afiliado (a)

Huella dactilar

Cliente N° _____

Para uso exclusivo de la cooperativa

Nombre del receptor: _____ Cargo: _____

Filial: _____ Firma y sello del receptor: _____