

FORMATO 1



SOLICITUD DE PRESTAMO N° .....

FECHA: .....

Señor (a) PRESIDENTE DEL CAFAE:

Mediante la presente me dirijo a usted, a fin de solicitarle que me otorgue un préstamo, el que me permitirá atender necesidades, aceptando cumplir las condiciones del pago de cuotas en los plazos y condiciones que CAFAE tiene establecido en su "Directiva para el Otorgamiento de Prestamos".

**CARACTERISTICAS DEL Préstamo**

Cantidad solicitada S/.  Plazo de pago en meses N°  meses

Motivo del Préstamo: .....

**I DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
.....		.....		.....	
Tipo de Doc:	N° Doc Ident:	Fecha Nacimiento:	Sexo: M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	
Dirección: Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Psje <input type="checkbox"/>		Distrito	Provincia	Departamento	Telef. / Anexo:
.....		.....	.....	.....	.....
Correo Electronico:					

**II INFORMACION LABORAL DEL SOLICITANTE**

Regimen Laboral	Profesión / Ocupacion/ Cargo que desempeña:	Dirección / Oficina / Unidad / Area:	
D.L. 276 <input type="checkbox"/>	.....	.....	
D.L. 728 <input type="checkbox"/>	Cargo Actual:	Tiempo de servicios:	
D.L. 1057 <input type="checkbox"/>	.....	Años:.....	Meses: .....

**III DETALLE DE INGRESOS Y EGRESOS DEL SOLICITANTE**

<b>Ingresos</b>	S/. <input type="checkbox"/>	<b>Egresos</b>	S/. <input type="checkbox"/>
Remuneraciones	_____	Obligacion 1	_____
Incentivo Unico	_____	Obligacion 1	_____
Otros	_____	Obligacion 1	_____
<b>Total ingresos</b>	_____	<b>Total egresos</b>	_____
		<b>Ingresos menos Egresos</b>	_____

**IV DOCUMENTOS QUE ADJUNTA A LA SOLICITUD**

Formato de Autorizacion de descuento  Copia de DNI

Formato de Declaracion Jurada de Salud (Titular)

Formato de Declaracion Jurada que sustenta la necesidad del Prestamo

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE  
Apellidos y nombres

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE  
Firma

SOLICITANTE  
Huella Digital



**FORMATO3**  
**AUTORIZACION DE DESCUENTOS**

(Original y copia)

**SEÑOR DIRECTOR GENERAL DE LA OFICINA GENERAL DE GESTION DE RECURSOS HUMANOS  
DEL MINISTERIO DE DESARROLLO AGRARIO Y RIEGO**

S.D.

Yo,....., trabajador activo del Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego bajo el régimen laboral del ....., de la Oficina de ....., con D.N.I. N°....., señalando domicilio en ..... del distrito de ....., provincia de ..... y departamento de Lima, con Teléfono N° ..... ante usted me presento y expongo:

Que el CAFAE MIDAGRI, me ha concedido un préstamo bajo las siguientes condiciones:

- |    |                                       |  |       |
|----|---------------------------------------|--|-------|
| 1. | Monto de préstamo recibido            | S/   | ..... |
| 2. | Tasa de Interés (%) .....             |  | ..... |
| 3. | Monto total a amortizar en .....meses |  | ..... |
| 4. | Monto mensual a pagar                 |  | ..... |
| 5. | Pago por seguro de desgravamen        | 0.715%, aplicable al saldo de préstamo por pagar, según cronograma de pagos de préstamo. |       |
- En caso de modificación de la tasa comercial de la póliza de seguro de desgravamen por parte de la compañía de seguros, el trabajador autoriza su aplicación en forma automática.

Que me comprometo a la amortización de dicho préstamo en ..... meses consecutivos, mediante el descuento de mi remuneración mensual en la Planilla Única de Pago de Haberes y/o Incentivo Único si fuera el caso y, según mi régimen laboral.

**POR LO TANTO:**

Autorizo disponer a quien corresponda, efectuar el descuento de mi remuneración mensual en la Planilla Única de Haberes y/o Incentivo Único de acuerdo al cronograma de pagos a partir de .....

OTRO SI DIGO: Que en caso mi prestación de servicio y/o relación laboral concluya antes de la cancelación del préstamo que he recibido, autorizo a la entidad se me descuenta el saldo restante incluido los intereses respectivos de la última retribución y/o beneficio que me corresponda percibir

Dando fe a lo expresado, en señal de conformidad y aceptación, firmo el presente documento.

Lima, ..... de 20.....

.....  
D.N.I. N° .....

**BENEFICIARIO**

Firma y Huella Digital

**FORMATO 4**

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

Yo, ....., identificado (a) con D.N.I N° ....., trabajador (a) activo bajo el régimen laboral del D.Leg.: ..... del la Oficina de .....del Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, declaro bajo juramento no padecer enfermedad grave alguna que ponga en riesgo mi compromiso de pago de deuda a contraer con el CAFAE MIDAGRI

Lima, ..... de .....del 20.....

-----  
D.N.I N°.: .....

Firma y Huella Digital