

SOLICITUD DE PRÉSTAMO QUIROGRAFARIO

Fecha: _____ Préstamo Quirografario
Préstamo Educativo Novación Nuevo
Préstamo Salud

Yo, _____ Participo del Fondo de Cesantía ESPE, con
cédula número _____, me permito solicitar un préstamo por \$ _____, a un plazo de _____ meses.

En caso de ser aprobado, solicito muy cordialmente que los valores del préstamo, sean transferidos a la cuenta de
Ahorros Corriente # _____ de la institución financiera
_____, que se encuentra a mi nombre.

Tipo de amortización del préstamo: Francés Alemán

Datos personales:

Dirección domicilio: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono convencional: _____

Categoría: Administrativo Docente Sede: _____

Tipo de contrato: Nombramiento Contrato Otros: _____

GARANTE 1

Yo, _____ con cédula número _____, me constituyo en garante
solidario por el préstamo otorgado al señor(a) _____.

Teléfonos Garante 1: Celular _____ Convencional _____

GARANTE 2

Yo, _____ con cédula número _____, me constituyo en garante
solidario por el préstamo otorgado al señor(a) _____.

Teléfonos Garante 2: Celular _____ Convencional _____

GARANTE 3

Yo, _____ con cédula número _____, me constituyo en garante
solidario por el préstamo otorgado al señor(a) _____.

Teléfonos Garante 3: Celular _____ Convencional _____

En mi calidad de Deudor, autorizo irrevocablemente se debite de mi rol de pagos mensual, las cuotas correspondientes al
préstamo otorgado.
Con los datos descritos, en mi calidad de Garante Solidario y en el caso que el deudor no pueda cubrir las cuotas pactadas,
autorizo que sea debitado de mi rol de pagos mensual.

Para uso exclusivo del Fondo

Monto aprobado: \$ _____ Tiempo aprobado: _____ (meses)

Fecha de aprobación: _____

Deudor

Garante 1

Garante 2

Garante 3

Oficial de Crédito
Sr. Guillermo Chiluisa

Representante Legal
Ing. Byron Bermeo Oliveros