



FACULTAD de MEDICINA

**SOLICITUD DE CREDITO EDUCATIVO
PROGRAMA DE CREDITO EDUCATIVO
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD FRANCISCO MARROQUIN**

Llene la siguiente solicitud y adjunte:
La declaración de Impuesto Sobre la Renta (ISR) o constancia de ingreso, cédula del deudor y del co-deudor. Retorne a la siguiente dirección:
Lic. Fernando Carrera
Secretaría Facultad de Medicina , UFM.
6 avenida 7-55 zona 10
Guatemala, Guatemala, 01010.

PARA USO OFICIAL	
Fecha recibido :	_____
Carné:	_____
Semestre que cursa:	_____
Promedio:	_____
Sección A	<input type="checkbox"/>
Sección B	<input type="checkbox"/>
Sección C	<input type="checkbox"/>
Sección D	<input type="checkbox"/>
ISR/Constancia de ingreso	<input type="checkbox"/>
Cédula deudor	<input type="checkbox"/>
Cédula co-deudor	<input type="checkbox"/>

Sección A: Información del Solicitante			
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo Apellido	
Apellido de Casada	Dirección de domicilio		
Correo electrónico		Teléfonos	Fax
Estado civil	Fecha de Nacimiento	No. Cédula	
Posee automóvil Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive con padres Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Renta: Q. _____	
Marca: _____ Modelo: _____	Indique el porcentaje de asistencia financiera que desea solicitar: 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> Ampliación % <input type="checkbox"/> % actual de crédito: _____		
Título recibido		Establecimiento y Año	
Empresa donde labora		Dirección empresa	
Nombre del jefe inmediato superior		Teléfono (s)	Correo electrónico
Posición o Cargo	Fecha de Ingreso	Ingreso Anual	Otros ingresos

Familiares en la UFM: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre		Parentesco	Fac/Esc/Ins/Dep
Referencias bancarias (dar dos cómo mínimo)			
Banco		Tipo de Cuenta	No. Cuenta
Referencias tarjeta de crédito (dar dos cómo mínimo)			
Extendida por		Número	Límite
Referencias no familiares (dar dos cómo mínimo)			
Nombre		Teléfono	Relación
Dependientes (personas que dependen del solicitante)			
Nombre Completo	Parentesco	Edad	Colegio/Universidad

Sección B: Información Padre del Solicitante En caso de fallecido, marque aquí <input type="checkbox"/>	
Primer nombre	Segundo nombre
Primer apellido	Segundo Apellido

Dirección de domicilio			
Correo electrónico		Teléfonos	Fax
Estado civil	Fecha de Nacimiento	No. Cédula	
Nacionalidad		Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Renta: Q. _____	
Ocupación		Empresa donde labora	
Posición o Cargo		Nombre del jefe inmediato superior	
Dirección empresa		Teléfono (s)	Fax
Correo electrónico	Fecha de Ingreso	Salario Mensual	Otros ingresos
Posee automóvil Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marca: _____ Modelo: _____			
Referencias bancarias (dar dos como mínimo)			
Banco	Tipo de Cuenta	No. Cuenta	
Referencias tarjeta de crédito (dar dos como mínimo)			
Extendida por	Número	Límite	
Referencias no familiares (dar dos como mínimo)			
Nombre	Teléfono	Relación	

Dependientes (personas que dependen del padre)			
Nombre Completo	Parentesco	Edad	Colegio/Universidad

Sección C: Información Madre del Solicitante En caso de fallecido, marque aquí <input type="checkbox"/>			
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo Apellido	
Dirección de domicilio			
Correo electrónico		Teléfonos	Fax
Estado civil	Fecha de Nacimiento	No. Cédula	
Llene la siguiente información de la madre, sólo si la madre y el padre no viven juntos.			
Nacionalidad		Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Renta: Q. _____	
Ocupación		Empresa donde labora	
Posición o Cargo		Nombre del jefe inmediato superior	
Dirección empresa		Teléfono (s)	Fax
Correo electrónico	Fecha de Ingreso	Salario Mensual	Otros ingresos
Posee automóvil Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marca: _____ Modelo: _____			
Referencias bancarias (dar dos cómo mínimo)			
Banco	Tipo de Cuenta		No. Cuenta

Referencias tarjeta de crédito (dar dos como mínimo)			
Extendida por	Número	Límite	
Referencias no familiares (dar dos como mínimo)			
Nombre	Teléfono	Relación	
Dependientes (personas que dependen de la madre)			
Nombre Completo	Parentesco	Edad	Colegio/Universidad

Sección D: En caso de no ser el padre o la madre Relación: _____			
Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo Apellido	
Dirección de domicilio			
Correo electrónico		Teléfonos	Fax
Estado civil	Fecha de Nacimiento	No. Cédula	

Nacionalidad		Vivienda Propia <input type="checkbox"/> Hipoteca <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Renta: Q. _____	
Ocupación		Empresa donde labora	
Posición o Cargo		Nombre del jefe inmediato superior	
Dirección empresa		Teléfono (s)	Fax
Correo electrónico	Fecha de Ingreso	Salario Mensual	Otros ingresos
Posee automóvil Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marca: _____ Modelo: _____			
Referencias bancarias (dar dos como mínimo)			
Banco		Tipo de Cuenta	No. Cuenta
Referencias tarjeta de crédito (dar dos como mínimo)			
Extendida por		Número	Límite
Referencias no familiares (dar dos como mínimo)			
Nombre		Teléfono	Relación
Dependientes (personas que dependen de la madre)			
Nombre Completo	Parentesco	Edad	Colegio/Universidad

Leer cuidadosamente la siguiente información y firmarlo.

Tanto el solicitante, como sus padres, o cualquiera de ellos que concurre a la suscripción de este documento, o bien, quien sin ser padre o madre del solicitante, los sustenta económicamente y suscribe a continuación este documento, declaran bajo protesta de decir la verdad, en lo que a cada uno corresponde: **(a)** que la información proporcionada a la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín, que figura en este formulario o sus anexos, es completa y exacta; **(b)** que entienden que han inducido a la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín a conceder el crédito educativo que solicitan, en base a dicha información proporcionada y en la documentación que han acompañado; y **(c)** que están debidamente advertidos y expresamente aceptan que la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín unilateralmente: **(c.1)** queda en libertad de cancelar y hacer cesar el crédito educativo que pide el solicitante; **(c.2)** queda facultada para proceder inmediatamente al cobro de las sumas que por concepto de crédito educativo ya se le hubieran proporcionado al solicitante. La cantidad que debe pagar se calculará con el valor vigente de la UMA en la fecha en que haga efectivo cada pago; y **(c.3)** queda facultada para declarar al solicitante permanentemente inelegible para obtener crédito educativo en lo sucesivo; la Facultad de Medicina puede tomar cualquiera o todas las medidas contenidas en los numerales (c.1), (c.2) y (c.3) que anteceden cuando así lo estime pertinente y especialmente si cualquiera de las declaraciones hechas por el solicitante o demás personas que firman este documento o la documentación proporcionada por su parte, fuera falsa, incompleta o inexacta. Los padres o encargado expresamente declaran que se constituyen fiadores del solicitante por todo el plazo de este convenio y por todas las prórrogas del mismo, por lo que se manifiestan sabedores que las futuras prórrogas no necesitarán de su consentimiento expreso. Si los padres o encargado desean no continuar en dicha calidad respecto del solicitante, deberán hacerlo del conocimiento de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín mediante carta.

(f) _____
Solicitante

(f) _____
Padre

(f) _____
Madre

(f) _____
Otros

Leer cuidadosamente la siguiente información y firmarlo.

El solicitante y las demás personas que suscriben este formulario declaran expresamente que han leído y comprendido el contenido íntegro del Reglamento del Programa de Crédito Educativo y que lo aceptan sin reserva alguna.

(f) _____
Solicitante

(f) _____
Padre

(f) _____
Madre

(f) _____
Otros