

	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO NOMBRE DEL DOCUMENTO PRESTAMO Y/O ADELANTO	Código:	SGL-F-21-03-09
		Versión:	
		Fecha:	
		Página 1 de 1	

Apellido y Nombre:			
DNI:			
Cargo - Puesto:		Fecha de Solicitud:	
Fecha de Ingreso:		Sueldo Básico:	
Area - Unidad:			
Sede - Provincia:			

Motivo de Préstamo	Salud:	
	Estudios:	
	Fallecimiento:	
	Maternidad:	
	Vivienda:	
	Programas GTH(Especificar):	
	Examen mental y físico:	
	Antecedentes:	
Otros:		

Préstamo - Adelanto:	S/.	Número de cuotas:	
----------------------	-----	-------------------	--

Modalidad de descuento sugerido	
Monto	Mes

El solicitante autoriza a la empresa, pueda proceder con el descuento en su liquidacion del saldo insoluto de la deuda en caso la relacion laboral se extinga.

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> FIRMA DEL SOLICITANTE	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> HUELLA
--	---