



**CAJA DE AHORRO DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES (CATINPSASEL)**

REGISTRO N° 985 DEL SECTOR PÚBLICO EMITIDO EN FECHA 22/07/2011 POR MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS-SUPERINTENDENCIA DE CAJAS DE AHORRO (SUDECA). RIF: J-31606401-8  
 Dirección de Oficina: Av. Ppal. Las Fuentes, Calle 1, Urb. Las fuentes Qta. Sorrento, El Paraíso, Caracas - Venezuela  
 Teléfonos de Contacto: 0212.451.37.77 / 0426.512.98.82 / 0426.514.53.89. Correo Electrónico: catinpsasel@gmail.com  
 Página Web: www.catinpsasel.com.ve



CAI-TSA-R-04-002

**REQUISITOS PRÉSTAMO ESPECIAL  
(ENFERMEDAD DEL SOLICITANTE O FAMILIARES BAJO SU CUIDADO)**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, de este domicilio, titular de la Cédula de Identidad N°.: \_\_\_\_\_, en mi condición de Asociado(a) a la **CAJA DE AHORROS DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVENCIÓN, SALUD Y SEGURIDAD LABORALES (CATINPSASEL)**, consigno la documentación que se detalla a continuación:

CHEQUEO POR EL ASOCIADO	LISTA DE CHEQUEO SOLICITUD DE PRÉSTAMO ESPECIAL (ENFERMEDAD DEL SOLICITANTE O FAMILIARES BAJO SU CUIDADO)	CHEQUEO POR CATINPSASEL
<input type="checkbox"/>	Planilla Solicitud de Préstamo completamente llena, sin tachaduras ni enmiendas.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Planilla Contra Garantía AFIANAUCO.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cédula de Identidad del solicitante.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Carnet por ambas caras.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Carta explicativa del motivo de la solicitud.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Informe médico.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Presupuesto emitido por el centro asistencial.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Partida de nacimiento, acta de matrimonio, concubinato, documento de carga económica o cualquier otro que compruebe el parentesco.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Constancia de Trabajo.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Último recibo de pago (solicitante, Cónyuge y otros miembros del grupo familiar).	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copia legible de la Cédula de Identidad VIGENTE (Cónyuge y otros miembros del grupo familiar).	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copia legible del R.I.F. VIGENTE (Solicitante, Cónyuge y otros miembros del grupo familiar).	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Copia de los tres (3) últimos estados de cuenta bancaria sellados y firmados por el banco (Solicitante, Cónyuge y otros miembros del grupo familiar).	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Referencias bancarias y comerciales actualizadas, selladas y firmadas por el ente emisor.	<input type="checkbox"/>

**RECIBIDO POR**

(SOLO PARA USO INTERNO DE CATINPSASEL)

NOMBRES Y APELLIDOS:	FECHA:	SELLO:
CARGO:	FIRMA:	

¡CATINPSASEL POR LA EQUIDAD, IGUALDAD Y UNA MEJOR CALIDAD DE VIDAD!



Gobierno Bolivariano de Venezuela

Ministerio del Poder Popular para el Proceso Social de Trabajo

