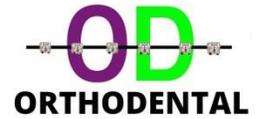




**Sindicato Único de Empleados**  
del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
de los Trabajadores del Estado de Sonora

**SOLICITUD DE  
ORTHODENTAL**



*Comité Ejecutivo 2021-2024*

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante:**

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_ NUM. CONTROL \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_

CATEGORIA: BASE/ EVENTUAL/CONFIANZA. JUBILADOS Y PENSIONADOS ANOTAR SU NUMERO DE PENSION: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO Y/O ÁREA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

IMPORTE AUTORIZADO: \_\_\_\_\_ SON:( \_\_\_\_\_ M.N)

FORMA DE PAGO. DESCUENTO 6 QUINCENAS/3 MESES, POR UN IMPORTE DE \$ \_\_\_\_\_

REQUISITO INDISPENSABLE ANEXAR A LA PRESENTE SOLICITUD, COPIA LEGIBLE DEL ULTIMO TALON DE CHEQUE Y CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO  
PRESTAMO DE CAJA DE AHORROS SE PAGARÁ MEDIANTE (6) SEIS DESCUENTOS QUINCENALES o 3 MENSUALES JUBILADOS

**ESTE DOCUMENTO TIENE UNA VIGENCIA DE 30 DIAS A PARTIR DE LA FECHA DE AUTORIZACION**

DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARÉ A LA ORDEN DEL SINDICATO UNICO DE EMPLEADOS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO DE SONORA **SUEISSSTESON**, EN HERMOSILLO, SONORA, EL DÍA \_\_\_\_\_ DEL MES DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_\_, LA CANTIDAD DE \$ \_\_\_\_\_ (con Letra M.N.), \_\_\_\_\_ VALOR RECIBIDO A MI ENTERA SATISFACCION. ESTE PAGARE CAUSARA INTERESES A RAZON DEL % MENSUAL DESDE LA FECHA DEL OTORGAMIENTO HASTA SU TOTAL LIQUIDACION, PAGADERO CONJUNTAMENTE CON EL PRINCIPAL. ASI MISMO MANIFIESTO, QUE EN CASO DE SEPARACION POR RENUNCIA O DESPIDO, SE ME DESCUENTE DE MI LIQUIDACION TOTAL, LA CANTIDAD QUE SE ADEUDE POR CONCEPTO DEL PRESTAMO.POR LO QUE AUTORIZO EXPRESAMENTE QUE LA CANTIDAD QUINCENAL COMPROMETIDA PARA LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR VOLUNTARIO SE ME DESCUENTE DE MIS PERCEPCIONES SALARIALES O PAGO DE PENSION O JUBILACION.

\_\_\_\_\_  
AUTORIZO A DESCONTAR  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
AUTORIZACION DE PRESTAMO  
MTRA. SHARRLENE VALDEZ ROBLES

\_\_\_\_\_  
SELLO DE LA EMPRESA Y FIRMA DEL REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL AVAL



**NOTAS:**

Anexar Talón de pago correspondiente y credencial del Servicio Médico o en caso de no ser Socio de Caja de Ahorro Escolar Voluntario deberá ser Trabajador de Base y presentar Talón de Cheque, Nombre y Firma de su AVAL, mismo que deberá ser Socio de la Caja de Ahorro. (Descuento en la Clave 70 en caso activo s, 67 Pensionados); La tasa de Interés para Socios de Caja de ahorros será del 4% Mensual, en caso de NO ahorradores del 6% Mensual. En caso de reclamación por el producto recibido, podrá notificar directamente a la Secretaria de Finanzas SUEISSSTESON.