



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



Comité Ejecutivo 2018-2021

## SOLICITUD DE PRESTAMO PALMA PC

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

NOMBRE: \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ NÚM. DE CONTROL: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: BASE/EVENTUAL/CONFIANZA

JUBILADOS Y PENSIONADOS ANOTAR NÚMERO DE PENSIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_

NÚM. DE PENSIÓN: \_\_\_\_\_ MONTO DEL CRÉDITO: \_\_\_\_\_

SON: \_\_\_\_\_

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

FORMA DE PAGO: DESCUENTO QUINCENAS 6 MESES POR IMPORTE DE \$ \_\_\_\_\_

REQUISITO INDISPENSABLE ANEXAR A LA PRESENTE SOLICITUD, COPIA LEGIBLE DEL ÚLTIMO TALÓN DE PAGO Y CREDENCIAL DEL SERVICIO MÉDICO. PRÉSTAMO DE CAJA DE AHORRO SE PAGARÁ MEDIANTE SEIS DESCUENTOS QUINCENALES A TRABAJADORES ACTIVOS O 3 MENSUALES A JUBILADOS

**ESTE DOCUMENTO TIENE VIGENCIA DE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE AUTORIZACIÓN**

DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARE 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 SATISFACCIÓN. ESTE PAGARE CAUSARA INTERESES A RAZÓN DEL \_\_\_\_\_% MENSUAL DESDE LA FECHA DE OTORGAMIENTO HASTA SU TOTAL LIQUIDACIÓN, PAGADERO CONJUNTAMENTE CON EL PRINCIPAL. ASI MISMO MANIFIESTO, QUE EN CASO DE SEPARACIÓN POR RENUNCIA O DESPIDO, SE ME DESCUENTE DE MI LIQUIDACIÓN TOTAL LA CANTIDAD QUE SE ADEUDE POR CONCEPTO DEL PRÉSTAMO 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 PENSIÓN O JUBILACIÓN.

HERMOSILLO, SONORA, A LOS \_\_\_\_\_ DÍAS DEL MES DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE  
DEL SUEISSSTESON

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

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

EN CASO DE NO SER SOCIO DE LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR VOLUNTARIO DEBERÁ SER TRABAJADOR DE BASE Y PRESENTAR TALÓN DE CHEQUE, NOMBRE Y FIRMA DEL AVAL, MISMO QUE DEBERÁ SER SOCIO DE LA CAJA.