



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

## SOLICITUD DE PRESTAMO AHORRO VOLUNTARIO

### PERIODO DE LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR 2022-2023

DEL 01 DE JULIO DE 2022 AL 30 DE JUNIO DE 2023

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

IMPORTE SOLICITADO \_\_\_\_\_ SON:(\_\_\_\_\_)

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

NUM. CONTROL: \_\_\_\_\_ PENSION: \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO Y/O ÁREA: \_\_\_\_\_

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

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

ES REQUISITO INDISPENSABLE ANEXAR A LA PRESENTE SOLICITUD, COPIA LEGIBLE DEL ULTIMO TALON DE CHEQUE Y COPIA DE SU CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO. EVENTUALES REQUIEREN AVAL Y COPIA DEL TALON DEL AVAL

FAVOR DE ELEGIR EL MÉTODO DE ENTREGA DE SU PRÉSTAMO  CHEQUE  TRANSFERENCIA BANCARIA

EN CASO DE QUE SU DEPOSITO SE REALICE EN  
BANCO SANTANDER FAVOR DE INCLUIR  
NUMERO DE CUENTA A 11 DIGITOS

□□□□□□□□□□□□□□

SI SU CUENTA ES DE OTRA INSTITUCIÓN BANCARIA FAVOR DE ANOTAR  
CLABE INTERBANCARIA A 18 DÍGITOS Y NOMBRE DEL BANCO

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

#### ELEGIR LA QUINCENA DE DESCUENTO DE SU PRÉSTAMO

ORDINARIO ( ) DESCUENTO QUINCENAL \_\_\_\_\_ NUMERO DE QUINCENAS \_\_\_\_\_ MESES \_\_\_\_\_

ESPECIAL (Selecione la Quincena o mes) OPCIONAL: A PAGAR CON LA ENTREGA DEL AHORRO ( )

Señalar con X la quincena o anotar el monto a descontar más intereses

	JUL 22	AGO 22	SEP 22	OCT 22	NOV 22	DIC 22	ENE 23	FEB 23	MAR 23	ABR 23	MAY 23	JUN 23
PRIMERA	2022/13	2022/15	2022/17	2022/19	2022/21	2022/23	2023/1	2023/3	2023/5	2023/7	2023/9	2023/11
SEGUNDA	2022/14	2022/16	2022/18	2022/20	2022/22	2022/24	2023/2	2023/4	2023/6	2023/8	2023/10	2023/12

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.

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

AUTORIZO A DESCONTAR

AUTORIZACION A DESCONTAR

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, TELEFONO Y FIRMA DEL AVAL

#### NOTAS:

CORREO: [cajadeahorrosueisssteson@gmail.com](mailto:cajadeahorrosueisssteson@gmail.com)

EN CASO DE QUE LAS PERCEPCIONES SEÑALADAS PARA SER DESCONTADAS AL TRABAJADOR NO SEAN SUFICIENTES RESPECTO DE LO PROGRAMADO EN LA SOLICITUD DE PRESTAMO, EL TRABAJADOR ACREDITADO, AUTORIZA A LA SECRETARIA DE FINANZAS A QUE REPROGRAME LOS IMPORTES NO CUBIERTOS EN FECHAS POSTERIORES A LAS ESTIPULADAS EN LA SOLICITUD O EN SU CASO SE TRAMITARA PRÉSTAMO DE CAJA CHICA PARA CUBRIR EL ADEUDO, EL CUAL SE ENDOSARÁ A FAVOR DE SUEISSSTESON.

No se reciben pagos en efectivo a adeudos, debe acudir ante **Banco Santander S.A.**, depositar el importe en la **Cuenta SANTANDER 65-50494891-4 CLABE 014760655049489143**, y tramitar el recibo oficial del Ahorro Voluntario en la Secretaría de Finanzas.

