



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

**SOLICITUD DE
DISTRIBUIDORA KUMIMED**

Comité Ejecutivo 2021-2024

DATOS DEL SOLICITANTE:

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

NÚM. DE CONTROL: _____ NIVEL: _____ JUBILADOS Y PENSIONADOS ANOTAR NÚMERO DE PENSIÓN: _____

CELULAR _____ ADSCRIPCIÓN: _____ DEPARTAMENTO O ÁREA: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____ COLONIA _____

IMPORTE A SOLICITAR: \$ _____ CON LETRA: _____

	FORMA DE PAGO DESCUENTO	_____ MESES
DESGLOSE DEL CREDITO:	COSTO DEL ARTICULO	\$ _____
	INTERESES	\$ _____
	TOTAL A PAGAR	\$ _____

NOTA: ES REQUISITO INDISPENSABLE ANEXAR A LA PRESENTE SOLICITUD COPIA LEGIBLE DEL ÚLTIMO TALÓN DE NÓMINA E IDENTIFICACION OFICIAL.

PAGARÉ

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARÉ A LA ORDEN DEL SINDICATO ÚNICO 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 PAGARÉ CAUSARÁ INTERESES A RAZÓN DEL _____% MENSUAL DESDE LA FECHA DEL OTORGAMIENTO HASTA SU LIQUIDACIÓN TOTAL. PAGADERO CONJUNTAMENTE CON EL PRINCIPAL. ASÍ 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.

AUTORIZO A DESCONTAR
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TRABAJADOR

AUTORIZACIÓN DEL PRÉSTAMO
MTRA. SHARLENE VALDEZ ROBLES

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 Y FIRMA DEL AVAL, EL CUAL DEBERÁ SER SOCIO DE LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR. DESCUENTO CLAVE 70 EN CASO DE ACTIVOS Y 67 JUBILADOS Y PENSIONADOS.