



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

SOLICITUD VALES DE GAS HERMOGAS

Comité Ejecutivo 2021-2024

DATOS DEL SOLICITANTE:

LUGAR Y FECHA:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

AFILIACIÓN: _____ NÚM. DE CONTROL: _____ NIVEL: _____

IMPORTE A SOLICITAR: _____ CON LETRA: _____

_____ JUBILADOS Y PENSIONADOS ANOTAR NÚMERO DE PENSIÓN: _____

ADSCRIPCIÓN: _____ DEPARTAMENTO O ÁREA: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____ COLONIA _____ CELULAR _____

_____ VALES DE \$500.00 CON FOLIOS _____

_____ VALES DE \$200.00 CON FOLIOS _____

_____ VALES DE \$100.00 CON FOLIOS _____

NOTA: ES REQUISITO INDISPENSABLE ANEXAR A LA PRESENTE SOLICITUD COPIA LEGIBLE DEL ÚLTIMO TALÓN DE NÓMINA Y CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO VIGENTE

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 3.0 % 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. MISMO QUE DEBERÁ SER SOCIO DE LA CAJA DE AHORRO ESCOLAR. DESCUENTO CLAVE 70 EN CASO DE ACTIVOS Y 67 JUBILADOS Y PENSIONADOS.