

CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E.

OBREGÓN 62 COLONIA CENTRO CP 83000 HERMOSILLO, SONORA
TELÉFONO (01 662) 259 99 00 www.snte54.com.mx



SOLICITUD DE PRÉSTAMO GASTOS MÉDICOS

NOMBRE COMPLETO: _____ N°PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

DOCUMENTOS ANEXOS:

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| () REFERENCIA MÉDICA O (DIAGNÓSTICO) | () PRESUPUESTO DEL SERVICIO | () FACTURA, RECIBO DE HONORARIOS O RECIBO SIMPLE |
| () COMPROBANTE DE PARENTESCO (ACTA O CREDENCIAL DE ISSSTESON) | | |

DATOS DEL PRÉSTAMO

BENEFICIARIO: SOCIO CÓNYUGE HIJOS PADRES HERMANOS

CHEQUE A NOMBRE DE: _____

IMPORTE DEL PRÉSTAMO: _____ PLAZO: _____ EN MESES SUELDO LÍQUIDO: _____

OBSERVACIONES: _____

PAGARÉ

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E, EN HERMOSILLO, SONORA LA CANTIDAD DE (CANTIDAD EN NÚMERO) \$ _____ PESOS M.N., (CANTIDAD EN LETRA) _____ M.N.)

SUMA QUE HE RECIBIDO EN CALIDAD DE PRÉSTAMO Y CUYA CANTIDAD ME COMPROMETO A LIQUIDAR EN UN PERIODO DE _____ MESES A RAZÓN DE \$ _____ (_____ M.N.)

QUINCENALES O MENSUALES SEGÚN SEA EL CASO. PARA FACILITAR EL COBRO DE LAS CANTIDADES A QUE ESTE PAGARÉ SE REFIERE, AUTORIZO A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. PARA QUE EN MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN SOLICITE A LA DIRECCIÓN DE PROCESOS DE NÓMINA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA O A ISSSTESON, SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES A MI SUELDO O PENSIÓN, HASTA EL TOTAL DE LA LIQUIDACIÓN DE MI ADEUDO. RECONOZCO Y ACEPTO QUE EN CASO DE LICENCIA TEMPORAL O INDEFINIDA SIN GOCE DE SUELDO, EFECTUARÉ LOS PAGOS DIRECTOS EN LAS OFICINAS DE CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E, O EN CUALQUIERA DE SUS SUCURSALES O INSTITUCIÓN BANCARIA AUTORIZADA PARA EL CASO. ACEPTO QUE EL IMPORTE TOTAL DEL PRÉSTAMO SEA DESTINADO AL PAGO DE SERVICIOS MÉDICOS, MEDIANTE PAGO DIRECTO A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS; DE LA MISMA MANERA AUTORIZO QUE SE DESTRUYA EL PAGARÉ UNA VEZ CUBIERTO EL PRÉSTAMO EN EL TERMINO CORRESPONDIENTE.

HERMOSILLO, SONORA, A _____ DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

COORDINADOR DEL PROGRAMA

SUBDIRECTOR ASISTENCIA SOCIAL

(NOMBRE Y FIRMA)

(NOMBRE Y FIRMA)