



CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS

DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E.

OBREGÓN Y YAÑEZ # 62 COL CENTRO C.P. 83000

HERMOSILLO, SONORA

TELÉFONO (01 662) 259 99 00

www.snte54.com.mx/cmap.html



SOLICITUD DE PRÉSTAMO

NÚMERO DE PENSIÓN: _____

NOMBRE COMPLETO: _____

LOCALIDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR: _____

DATOS DEL PRÉSTAMO

TIPO DE PRÉSTAMO SEGÚN EL MANUAL DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE:

() Personal () Especial () Refaccionario () Extraordinario () Viaje () Estudiante () Prendario
() otros _____

CANTIDAD SOLICITADA (INDICAR SI ES LIBRE O IMPORTE DEL PRÉSTAMO): \$ _____

PLAZO _____ MESES *Nota.- No llenar los campos relacionados al importe del pagaré ya que estas cantidades pueden variar de acorde a los alcances.

PAGARÉ

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. DE 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 LA CUAL DEBERÉ DE CUBRIR EN TIEMPO Y FORMA 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, TODO ESTO SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE, EN EL ENTENDIDO DE QUE SI PAGO ANTES DEL VENCIMIENTO SE ME BONIFICARÁN LOS INTERESES. DE LA MISMA MANERA AUTORIZO A CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. DE NO SER LIQUIDADO MI ADEUDO EN TIEMPO, SE PROGRAME A DESCUENTO QUINCENAL O MENSUAL, CON LOS INTERESES CORRESPONDIENTES Y QUE A 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 DE MI SUELDO O PENSIÓN, HASTA EL TOTAL DE LA LIQUIDACIÓN DE MI ADEUDO; DE LA MISMA MANERA AUTORIZO QUE SE DESTRUYA EL PAGARÉ UNA VEZ CUBIERTO EL PRÉSTAMO EN EL TÉRMINO CORRESPONDIENTE.

HERMOSILLO, SONORA, A _____ DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

DESEO QUE MI PRÉSTAMO SEA POR: (MARQUE Y LLENE LOS ESPACIOS)

A) _____ CHEQUE

B) _____ DEPÓSITO A CTA. CON NÚMERO: _____ DE BANCO: _____

SÓLO SE LLENARÁ CUANDO NO SE TRAMITE PERSONALMENTE.

TRAMITÓ EL PRESENTE PRÉSTAMO (NOMBRE COMPLETO): _____

DELEGACIÓN O C.T.: _____