



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

OBREGÓN 62 COL. CENTRO CP 83000 HERMOSILLO, SONORA
TELÉFONO (01 662) 259 99 00 www.cmapsnte54.com.mx

FOR 8.5 PASD 11
REV: 0
Fecha de Rev.:15/12/2023

PROGRAMA DE GASTOS FUNERARIOS

Solicitud de Apoyo

NOMBRE COMPLETO: _____ N° DE PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

BENEFICIARIOS: CÓNYUGE HIJOS PADRE MADRE

DOCUMENTOS ANEXOS:

COPIA DEL ÚLTIMO TALÓN DE CHEQUE	<input type="checkbox"/>	COMPROBANTE PARENTESCO <i>(según sea el caso)</i>	
FACTURA FUNERARIA A NOMBRE DEL SOCIO	<input type="checkbox"/>	CÓNYUGE (ACTA MATRIMONIO)	<input type="checkbox"/>
COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOCIO	<input type="checkbox"/>	HIJOS (ACTA NACIMIENTO HIJO)	<input type="checkbox"/>
COPIA DE ACTA DEFUNCIÓN O CERTIFICADO DE MUERTE FETAL	<input type="checkbox"/>	PADRES (ACTA NACIMIENTO SOCIO)	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL APOYO:

APOYO A NOMBRE DE: _____

IMPORTE DEL APOYO: _____

EL APOYO SE REALIZARÁ CON PAGO A:

FUNERARIA SOCIO (REPOSICIÓN DE GASTO)

EL APOYO SE OTORGARÁ MEDIANTE:

CHEQUE

TRANSFERENCIA BANCARIA (ADJUNTAR COPIA DE FORMATO BANCARIO A NOMBRE DEL SOCIO SOLICITANTE O DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO FUNERARIO, EL CUAL INDIQUE: CLABE INTERBANCARIA (18 DÍGITOS), NOMBRE DEL CUENTAHABIENTE Y NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA).

OBSERVACIONES *(en su caso)*: _____

HERMOSILLO, SONORA. A _____ DE _____ DEL AÑO _____

FIRMA SOCIO

COORDINADOR PROGRAMA DE GASTOS FUNERARIOS

SELLO RECIBIDO PROGRAMA

(NOMBRE Y FIRMA)