



Caja Magisterial de Ahorros y Préstamos de la Sección 54 del S.N.T.E.
Ave. Obregón No. 62 Tel. 6622599900 Hermosillo, Sonora www.cmapsnte54.com.mx

FOR AS SSSGM
Rev. 1
Fecha de Rev: 01/09/2026

PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL SOLICITUD DE PRÉSTAMO PARA APOYO DE GASTOS MÉDICOS

NOMBRE COMPLETO: _____ N°PENSIÓN: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

LOCALIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

DOCUMENTOS ANEXOS:

- | | |
|---|---|
| () REFERENCIA DEL SERVICIO MÉDICO REQUERIDO POR PARTE DE ISSSTESON O MÉDICO PARTICULAR, ESPECIFICANDO EL TIPO DE SERVICIO QUE REQUIERE Y EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL PACIENTE. | () FACTURA O RECIBO DE HONORARIOS EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN O PRESTADOR DEL SERVICIO MÉDICO, DEBIDAMENTE ACREDITADO POR EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS |
| () PRESUPUESTO DEL SERVICIO MÉDICO | () RESUMEN POST OPERATORIO, EN CASO DE REPOSICIÓN DE GASTO AL SOCIO |
| () COPIA DE COMPROBANTE DE PARENTESCO (CREDENCIAL DE ISSSTESON O ACTA SEGÚN SEA EL CASO) | |
| () COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOCIO | |

DATOS DEL PRÉSTAMO

BENEFICIARIO: ☐ SOCIO ☐ CÓNYUGE ☐ HIJOS ☐ PADRES ☐ HERMANOS

EL PRÉSTAMO SE OTORGARÁ MEDIANTE TRANSFERENCIA BANCARIA A NOMBRE DE:

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

OBSERVACIONES (en su caso): _____

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. 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 PROGRAME DESCUENTO QUINCENAL O MENSUAL SEGÚN SEA EL CASO, Y QUE A MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN SOLICITE A LA DEPENDENCIA FACULTADA POR EL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA Y/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 O PRESTADOR DE SERVICIO MÉDICO; 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 _____.

SELLO RECIBIDO DEL PROGRAMA

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

FOLIO DE SOLICITUD: _____