



CAJA MAGISTERIAL DE AHORROS Y PRÉSTAMOS  
DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E.  
OBREGÓN Y YÁNEZ # 62 COL. CENTRO CP 83000  
HERMOSILLO, SONORA  
TELÉFONO (01 662) 259 99 00  
www.snte54.com.mx

**SOLICITUD DE PRÉSTAMO**

NÚMERO DE PENSIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PRÉSTAMO**

( ) 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 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 OPERACIÓN DE AHORROS Y SERVICIOS FINANCIEROS VIGENTE, EN EL ENTENDIDO DE QUE SI PAGO ANTES DEL VENCIMIENTO SE ME BONIFICARÁN LOS INTERESES NO DEVENGADOS ( ES Y EX ). 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 DEPENDENCIA FACULTADA POR EL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA Y/O A ISSSTESON, SE APLIQUEN LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES DE MI SUELDO O PENSIÓN, HASTA LA TOTAL LIQUIDACIÓN DE MI ADEUDO; Y EN CASO DE TRATARSE DE PRÉSTAMO: \*PR\*, \*EV\* o \*PH\*, ACEPTO QUE LA CANTIDAD LÍQUIDA PRESTADA SEA DESTINADA PARA EL PAGO DEL BIEN ADQUIRIDO O SERVICIO CONTRATADO, MEDIANTE EL PAGO DIRECTO A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DEL SERVICIO; EN CASO DE INCUMPLIMIENTO AL PAGO ACORDADO SE ESTABLECERÁ UNA PENALIZACIÓN DE ACUERDO A LA CLÁUSULA 52 DE LAS BASES DE C.M.A.P. ASÍ MISMO AUTORIZO QUE SE DESTRUYA EL PAGARÉ UNA VEZ CUBIERTO EL PRÉSTAMO EN EL TÉRMINO CORRESPONDIENTE.

HERMOSILLO, SONORA; A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 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.: \_\_\_\_\_