

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.cmapsnte54.com.mx



Código: FOR 8.5 PASS 03
Revisión: 0
Fecha de Revisión 02/MAY/2024

PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL SOLICITUD DE PRÉSTAMO 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

PRÉSTAMO 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 PRESTAMOS 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 _____

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

COORDINADOR PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL

(NOMBRE Y FIRMA)

SELLO RECIBIDO PROGRAMA

FOLIO DE SOLICITUD _____