

# 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 7.5 PASS 03

Revisión: 0

Fecha de Revisión 03/DIC/2018

## 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. | ( ) COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL SOCIO   |
| ( ) PRESUPUESTO DEL SERVICIO MÉDICO   | ( ) FACTURA, RECIBO DE HONORARIOS O RECIBO SIMPLE EXPEDIDO POR LA INSTITUCIÓN O PRESTADOR DEL SERVICIO MÉDICO, DEBIDAMENTE ACREDITADO POR EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS. |
| ( ) COPIA DE COMPROBANTE DE PARENTESCO (CREDENCIAL DE ISSSTESON O ACTA SEGÚN SEA EL CASO)   |   |

### 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 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 \_\_\_\_\_

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL SOCIO

COORDINADOR PROGRAMA DE SEGURIDAD SOCIAL

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE Y FIRMA)

SELLO RECIBIDO PROGRAMA