

SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES UNIVERSITARIOS
SOLICITUD DE PRÉSTAMO

DATOS DEL SOLICITANTE:

LUGAR	FECHA

NOMBRE DEL BANCO:											
NÚMERO DE CUENTA CLABE:											
NO. DEPENDENCIA	EMPLEADO	CATEGORÍA	APORT. AHORRO (46)								
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)							
DOMICILIO ACTUAL:				TELÉFONO:							
DEPENDENCIA DONDE LABORA:				MUNICIPIO:							
CANTIDAD SOLICITADA: \$		CANTIDAD CON LETRA:									
FORMA DE PAGO:	IMPORTE	FECHA DE INICIO	FECHA FINAL	CANTIDAD DE DESCUENTOS							
() DESCUENTO DVN											
() 1 ERA. EVALUACIÓN (50%)											
() 2 DA. EVALUACIÓN (50%)											
() AGUINALDO DE JUNIO											
() AGUINALDO DE DICIEMBRE											
() AHORRO (A PARTIR DE AGOSTO)											
DATOS DEL AVAL #1											
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)							
DOMICILIO ACTUAL				TELÉFONO							
NO. DEPENDENCIA	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA			NO. EMPLEADO	NO. CATEGORÍA	MUNICIPIO					
DATOS DEL AVAL #2											
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)							
DOMICILIO ACTUAL				TELÉFONO							
NO. DEPENDENCIA	NOMBRE DE LA DEPENDENCIA			NO. EMPLEADO	NO. CATEGORÍA	MUNICIPIO					

*NOTA: Es necesario anexar a esta solicitud copia del último recibo de nomina del solicitante y del aval o avales según sea el caso, en caso de solicitar un importe mayor de \$10,000.00, es necesario tener dos avales).

SI POR CUALQUIER CAUSA AJENA A LA VOLUNTAD DEL PERSONAL DE ADMINISTRACIÓN DE LA CAJA DE AHORROS DE LOS TRABAJADORES DE LA U.A.B.C., NO FUERE POSIBLE HACER LOS DESCUENTOS VÍA NÓMINA EN LAS FECHAS EXPRESAMENTE INDICADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO, ACEPTO QUE EN CONSECUENCIA SE HAGAN TALES DESCUENTOS EN CUALQUIER FECHA PRÓXIMA SIGUIENTE Y CON SUS RESPECTIVOS **INTERESES MORATORIOS DEL 3.5% Y PARA EL NO AHORRADOR EL 5.5% MENSUAL, HASTA SU TOTAL LIQUIDACIÓN.**

EN CASO DE TERMINACIÓN O RESCISIÓN DE MI RELACIÓN DE LABORAL CON LA U.A.B.C., HABIENDO UN SALDO INSOLUTO, DERIVADO DEL PRESTAMO REFERIDO EN ESTE DOCUMENTO; ACEPTO QUE DICHO REMANENTE INSOLUTO SEA DESCONTADO, POR LA U.A.B.C. DEL IMPORTE QUE EN RAZÓN DEL FINIQUITO, LIQUIDACIÓN O INDEMNIZACIÓN LEGALMENTE ME CORRESPONDA.

P A G A R É

POR EL PRESENTE PAGARE, RECONOZO DEBER Y QUE HARE INCONDICIONALMENTE, EL PAGO DE LA CANTIDAD DE \$ _____
(SON _____) A LA ORDEN DE LA CAJA DE AHORRO DEL SETU EN EL
LUGAR Y FECHA ABAJO INDICADOS. ACEPTO IGUALMENTE DE NO CUBRIR EL IMPORTE DEL PRESENTE DOCUMENTO A LA FECHA DE SU VENCIMIENTO PAGARE
ADICIONALMENTE UN INTERES MORATORIO DEL 3.5% Y PARA EL NO AHORRADOR EL 5.5% MENSUAL, HASTA SU TOTAL LIQUIDACIÓN.

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA, A_____ DE _____ 20____

FIRMAN

SOLICITANTE

AVAL #1

AVAL #2