

# SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES UNIVERSITARIOS

## SOLICITUD DE PRÉSTAMO

### DATOS DEL SOLICITANTE:

| LUGAR | FECHA |
|-------|-------|
|       |       |

|                            |                    |                  |                        |                        |       |
|----------------------------|--------------------|------------------|------------------------|------------------------|-------|
| NO. DEPENDENCIA            | NO. EMPLEADO       | NO. CATEGORÍA    | AHORRO CATORCENAL (46) | NÚMERO DE CUENTA CLABE | BANCO |
| 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      |                    |                  |                        |                        |       |
| ( ) 2 DA. EVALUACIÓN       |                    |                  |                        |                        |       |
| ( ) AGUINALDO DE JUNIO     |                    |                  |                        |                        |       |
| ( ) AGUINALDO DE DICIEMBRE |                    |                  |                        |                        |       |
| ( ) AHORRO                 |                    |                  |                        |                        |       |
| ( ) OTRO:                  |                    |                  |                        |                        |       |

### 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 talón de cheque y 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 FUESE POSIBLE HACER LOS DESCUENTOS VÍA NÓMINA EN LAS FECHAS LAPROS 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 PAGADEROS EN ESTA CIUDAD JUNTAMENTE CON EL PRINCIPAL.

**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, RECONOZCO 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 5% MENSUAL HASTA SU TOTAL LIQUIDACIÓN.

MEXICALI, BAJA CALIFORNIA, A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

FIRMAN

SOLICITANTE

AVAL #1

AVAL #2