



Número de Pagaré: _____ Importe \$ _____

DATOS DEL SUSCRIPTOR

Nombre: _____
 Dependencia: : _____ Fecha/ing.: _____
 N° afiliación: : _____ N° personal: _____
 Sindicato: : _____
 Domicilio: : _____

 Localidad: : _____ C.P.: _____
 Teléfono: : _____
 @ mail: : _____

POR AVAL SIN RESTRICCIONES

Nombre: _____
 Dependencia: : _____ Fecha/ing.: _____
 N° afiliación: : _____ N° personal: _____
 Sindicato: : _____
 Domicilio: : _____

 Localidad: : _____ C.P.: _____
 Teléfono: : _____
 @ mail: : _____

Por este PAGARÉ, prometo(emos) pagar incondicionalmente y solidariamente, a la orden de Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz (en adelante el SSTEVE), en sus oficinas ubicados en calle José María Mata número 2, zona centro C.P. 91000 de la Ciudad de Xalapa de Enríquez, Veracruz, la cantidad principal de \$ _____ 00/100 M.N. (_____ 00/100 Moneda Nacional), mediante _____ abonos quincenales o _____ abonos mensuales, contados a partir del _____ de _____ de 20____, pagaderos los días 15 y 30 de cada mes, los cuales serán todos por la cantidad de \$ _____, en calidad de crédito en términos del Capítulo VI del Reglamento Interno de la Ley del SSTEVE, Que autorizo (amos) descontar de mi(s) sueldo (s) a la oficina que me lo (s) paga, o de mi cuenta de débito con la Institución Bancaria que cubre mi nómina con preferencia a cualesquiera otros pagos o deducciones y que lo (s) entregue (n) por mi cuenta al SSTEVE. Por otro lado me comprometo a tener el saldo suficiente para que la Institución Bancaria pueda entregar el referido pago. Asimismo Manifiesto estar conforme de que en caso de separación del servicio, el último sueldo o sueldos que deba recibir se apliquen al pago del adeudo que a esa fecha tenga con el SSTEVE y que sea (n) retenido (s) por la Oficina Pagadora y entregado (s) a la misma. Si por cualquier razón no se me hiciera la retención debida como abono de este crédito me comprometo a hacerlo notar inmediatamente a la Oficina Pagadora o a mi Institución Bancaria para que lo efectúe y si esto no fuera posible enteraré en el SSTEVE el abono omitido, en caso de separación del servicio o falta de pago de dos o más abonos consecutivos el SSTEVE podrá dar por vencido anticipadamente el plazo de esta operación y exigir el saldo pendiente de pago y que se proceda al cobro del mismo conjuntamente con los intereses convencionales, impuestos, comisiones, gastos y demás erogaciones existentes.

Así mismo nos obligamos incondicionalmente a pagar intereses ordinarios calculados sobre saldos insolutos; y en su caso, los impuestos que generen de acuerdo a la legislación aplicable, pagaderos mensualmente de forma conjunta con el principal, y computados por "períodos de intereses", a la tasa de interés anual fija de _____% (en adelante denominados a los "Abonos Mensuales).

Los intereses se calcularán sobre la base de 360 trescientos sesenta días por año y se causarán sobre saldos insolutos por el número de días de que se compone cada "período de interés", que en todo los casos será de 30 días. El "período de intereses" de cualquiera de los Abonos Mensuales empieza el día de suscripción de este pagare. En caso de mora en el pago oportuno de cualquiera de los Abonos Mensuales se generarán intereses moratorios respecto de la (o las) amortización(es) vencida(s) de capital que se calcularán multiplicando la(s) misma(s) por el 10% (diez por ciento) mensual. El porcentaje correspondiente que resulte en caso de mora se calculará por periodos mensuales, no obstante los días que hayan transcurrido sin haberse realizado el pago mensual respectivo y serán computados sobre la fecha en que debió efectuarse el pago y hasta el pago total del mismo.

Expresamente convengo (convenimos), en que por falta de pago puntual de cualquiera de los Abonos Mensuales, se dé por vencido anticipadamente el saldo pendiente de pago y proceda al cobro del mismo conjuntamente con los intereses convencionales, impuestos, comisiones, gastos y demás erogaciones existentes, más los intereses desde la fecha de separación o falta de pago, así como los gastos y costas a que haya lugar y se originen en juicio además de la inhabilitación de los créditos a que tengo derecho y la aplicación del artículo 54 de la ley número 4.

Para el caso de controversia y/o para todo lo relacionado con el cumplimiento, la interpretación y ejecución del presente Pagaré, el Suscriptor(es), el Avalista(s) y el Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz (SSTEVE) expresamente se someten en forma expresa a la jurisdicción y competencia de los juzgados y tribunales del distrito judicial de Xalapa de Enríquez Veracruz, renunciando al que pudiera corresponderles en razón al domicilio presente o futuro este pagare se rige por la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

Por último, renuncio (amos) a toda diligencia, requisito de prestación, protesto, demanda, aviso de falta de pago o cualquier otra notificación o formalidad similar de cualquier clase respecto de este pagaré. Así mismo, renuncio (amos) expresa e irrevocable al plazo de seis meses establecido por el artículo 128 en relación con el artículo 174 de la ley General de Títulos y Operaciones de Crédito para que el presente pagaré sea presentado para su pago teniéndose extendido dicho plazo a 10 (diez) años a partir de la fecha de suscripción, de tal suerte que el Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz (SSTEVE) podrá presentar el presente pagaré para su pago en cualquier tiempo dentro del plazo de los 10 años referidos.

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN: XALAPA DE ENRÍQUEZ, VERACRUZ, A ____ DE _____ DE 2017.

SUSCRIPTOR(ES)

AVALISTA(S)

¡ GRACIAS POR DOMICILIAR; NOS PERMITE SEGUIRLE APOYANDO CON UN CRÉDITO !

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE CONTROL ADMINISTRATIVO DEL SSTEVE.

MOTIVO: _____

AUTORIZACIÓN: _____

REQUISITOS PARA TRAMITAR UN CRÉDITO (SUSCRIPTOR Y AVALISTA)

- * Entregar solicitud debidamente requisitada
- * Entregar original y copia del último talón de cobro
- * Original y Copia de Credenciales del SSTEVE y de Elector Actualizadas
- * El documento no se aceptará si contiene raspaduras o enmendaduras
- * Copia de los dos últimos Estados de Cuenta Bancario con CLABE INTERBANCARIA y Movimientos →
- * Formato de Autorización de Domiciliación Bancaria.

SANTANDER	Estado de Cuenta Integral.
BANCOMER	Estado de Cuenta.
BANAMEX	Estado de Cuenta Pagomático/Perfiles.
HSBC	Estado de Cuenta.
BANORTE	Estado de Cuenta.
SCOTIA BANK	Estado de Cuenta.



VERACRUZ
Gobierno del Estado



**SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA
EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE CARGO A CUENTA BANCARIA
(DOMICILIACIÓN)**

Solicito y autorizo en este acto al Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz (en lo sucesivo SSTE EV) para que con base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos periódicos en mi cuenta conforme lo siguiente:

1. Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse: Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz (SSTE EV).
2. Bien, servicio o crédito, a pagar: _____. En su caso, el número de identificación generado por el proveedor (dato no obligatorio): _____.
3. Periodicidad del pago (Facturación) quincenal () mensual ().
4. Nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en la que se realizará el cargo: _____.
5. Datos de identificación de la cuenta, siguiente:
Número de tarjeta de débito (16 dígitos): _____; Clave Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos): _____, Número del teléfono móvil asociado a la cuenta: _____.
6. Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación la quincena o mensualidad de que se trate, incluyendo sus intereses ordinarios y, en su caso los intereses moratorios, accesorios, y los demás gastos que se generen por el cobro. Los monto de las quincenas o mensualidades será de _____.

En lugar del monto máximo fijo, tratándose del pago de créditos revolventes asociados a tarjetas de crédito, el cliente podrá optar por autorizar alguna de las opciones de cargo siguientes: _____

(Marca con una X la opción que, en su caso, corresponda)

El importe del pago mínimo del periodo: (),

El saldo total para no generar intereses en el periodo: (), o

Un monto fijo: () (incluir monto) \$ _____

En caso de que la cuenta objeto de la presente autorización no cuente con fondos suficientes para cubrir el monto de la mensualidad que se trate, incluyendo sus intereses ordinarios y, en su caso, los intereses moratorios, accesorios, otros gastos, y las mensualidades vencidas autorizo al SSTE EV para que realice los intentos de cargo subsecuentes que estime necesarios para cubrir los montos adeudados; los cuales podrán ser consultados en el estado de cuenta del cliente via internet en la página www.ssteev.gob.mx o solicitados por el correo oficial de la Institución webmagisterio@ssteev.gob.mx.

Esta autorización estará vigente por todo el plazo del crédito y continuara en vigor hasta que todas las obligaciones a mi cargo hayan sido íntegramente cumplidas. Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

PROTESTO CONFORME A DERECHO

Xalapa, Veracruz, a ____ de _____ de 2017.

Atentamente,

SUPERFARMACIAS
magisterio

ELECTRODOMÉSTICOS
magisterio

¡ MAS CALIDAD, MEJOR PRECIO !

José María Mata # 2, Col Centro, Tel. (228) 817 00 00 Fax (228) 818 22 53, C.P. 91000, Xalapa, Ver.

Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz
 webmagisterio@ssteev.gob.mx
 @ssteev1