



SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ
**SOLICITUD DE PRÉSTAMO A CORTO PLAZO - Prestaciones Sociales. SF-PS-02**

Rev. 4

Inicio de Vigencia: Julio de 2017

SOLICITANTE

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

No. Afiliado/Acreditado: \_\_\_\_\_ Dependencia: \_\_\_\_\_ No. Personal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

@ mail: \_\_\_\_\_ Sindicato: \_\_\_\_\_

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE AL SEGURO SOCIAL DE LOSTRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL EDO. DE VERACRUZ, la cantidad de \$ (\_\_\_\_\_/100 M.N.)

en calidad de préstamo en términos del Capítulo VII de la Ley del SSTEEV, suma que cubriré con sus intereses a razón del 10% anual mediante abonos quincenales o abonos mensuales que autorizo 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 SSTEEV. Por otro lado me comprometo a tener el saldo suficiente para que la Institución Bancaria pueda enterar el referido pago. Así mismo, 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 esta fecha tenga con el SSTEEV 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 préstamo, 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 SSTEEV el abono omitido. En caso de separación del servicio o falta de pago de dos o más abonos consecutivos, El SSTEEV podrá dar por vencido el plazo de esta operación y exigir el total de la cantidad, 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 Art. 54 de la Ley No. 4. Para caso de juicio me someto a los tribunales de la ciudad de Xalapa, Ver., y renuncio expresamente al fuero de mi domicilio y a cualquier otro que la ley me conceda.

MODALIDAD DE COBRO

Autorizo expresamente al SSTEEV, que el cheque o transferencia expedida a mi favor sea entregado bajo mi responsabilidad y por medio de una de las modalidades seleccionada a continuación, que el cheque expedido a mi favor sea entregado a la persona designada por mi Organización Gremial Denominada: \_\_\_\_\_, o depositada a la Institución Bancaria Denominada: \_\_\_\_\_ a la cuenta número: \_\_\_\_\_, o enviar por correo certificado a nombre de: \_\_\_\_\_ con domicilio en: \_\_\_\_\_ de la localidad de: \_\_\_\_\_.

FIADOR

Nombre: \_\_\_\_\_

No. Afiliado: \_\_\_\_\_ Dependencia: \_\_\_\_\_ No. Per.: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

@ mail : \_\_\_\_\_ Sindicato: \_\_\_\_\_

A c e p t o ( a m o s )

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL FIADOR

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

PARA USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL SSTEEV.

MOTIVO: \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN \_\_\_\_\_

REQUISITOS PARA TRAMITAR UN PRÉSTAMO (INTERESADO Y FIADOR)

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

Table with 2 columns: Bank Name and Account Type. Includes SANTANDER, BANCOMER, BANAMEX, HSBC, BANORTE, and SCOTIA BANK.

José Ma. Mata No. 2 Xalapa, Ver.; Teléfono 01(228) 8 17 00 00; http://www.ssteev.gob.mx, E-mail:webmagisterio@ssteev.gob.mx



¡ MAS CALIDAD, MEJOR PRECIO !



**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 vía internet en la página [www.ssteev.gob.mx](http://www.ssteev.gob.mx) o solicitados por el correo oficial de la Institución [webmagisterio@ssteev.gob.mx](mailto: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](mailto:webmagisterio@ssteev.gob.mx) @ssteev1