

PRÉSTAMO PERSONAL

(MEDIANTE OTORGAMIENTO DE PAGARÉ)

NOMBRE COMPLETO: _____ SECTOR: _____
 NO DE AFILIACIÓN: _____ R.F.C.: _____
 DOMICILIO PARTICULAR: _____ TEL.: _____
 MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____
 FECHA ÚLTIMO NOMBRAMIENTO: _____ FECHA DE INGRESO AL SERVICIO: _____
 SOLICITO LA CANTIDAD DE \$ _____ PLAZO DE PAGO: _____
 CANTIDAD CON LETRA: _____
 ACEPTO EL IMPORTE DE ESTE PRÉSTAMO SEA DEPOSITADO EN LA CUENTA DE SUMANOMINA BANORTE NO: _____

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., A _____ DE _____ DE _____

NOTA: EL PAGARÉ DEBERÁ SER LLENADO ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR LA DIRECCIÓN DE PENSIONES DEL ESTADO (ÁREA DE PRÉSTAMOS A CORTO PLAZO), EXCEPTO DONDE SE INDIQUE, LA SOLICITUD Y EL PAGARÉ NO DEBERÁN TENER BORRONES NI ENMENDADURAS LA SOLICITUD TENDRÁ VIGENCIA DE 30 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE LLENADO

PAGARÉ NO: _____

DEBO(EMOS) Y PAGARÉ(MOS) INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARÉ EN ESTA PLAZA A LA ORDEN DE LA DIRECCIÓN DE PENSIONES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, CON DOMICILIO EN LA CALLE DE FRANCISCO I. MADERO NO. 365 ZONA CENTRO, DE ESTA CIUDAD, CÓDIGO POSTAL 78000, EL DÍA DE SU VENCIMIENTO LA CANTIDAD DE _____

VALOR RECIBIDO A MI(NUESTRA) ENTERA SATISFACCIÓN. QUE ME COMPROMETO A PAGAR EN FORMA INCONDICIONAL EN _____ ABONOS QUINCENALES DE _____, A PARTIR DEL DÍA _____, HASTA SU TOTAL VENCIMIENTO QUE SERÁ EL DÍA _____, MISMO QUE AUTORIZO SE DESCUENTEN DE MI SUELDO O SUELDOS POR CONDUCTO DE LA OFICINA PAGADORA DE MI ADSCRIPCIÓN, CON PREFERENCIA A CUALQUIER OTRO ADEUDO Y/O DE IGUAL MANERA, AUTORIZO SE EFECTÚE EL CARGO A LA CUENTA EN LA QUE LA OFICINA PAGADORA DE MI (NUESTRA) ADSCRIPCIÓN EFECTÚA LOS DEPÓSITOS DE MI (NUESTRA) NÓMINA EN LA INSTITUCIÓN BANCARIA QUE APARECE EN EL MARGEN SUPERIOR DERECHO DE ESTE PAGARÉ; AUTORIZACIÓN QUE SE HACE EXTENSIVA A DICHA INSTITUCIÓN BANCARIA A EFECTOS DE QUE SE RETENGA EL ABONO CORRESPONDIENTE Y EN SU CASO SE TRANSFERA A LA CUENTA QUE ASÍ DETERMINE LA DIRECCIÓN DE PENSIONES DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.

SI POR ALGUNA RAZÓN NO SE ME HICIERA LA RETENCIÓN DEBIDA COMO ABONO A ESTE PRÉSTAMO, ME COMPROMETO A HACERLO NOTAR INMEDIATAMENTE A LA INSTITUCIÓN BANCARIA CON LA QUE TENGA CELEBRADO CONTRATO DE ADHESIÓN O A LA OFICINA PAGADORA PARA QUE LO REALICE Y SI ESTO NO FUERA POSIBLE, ENTERARÉ DIRECTAMENTE A LA DIRECCIÓN DE PENSIONES DEL ESTADO, EL ABONO OMITIDO. ASÍ MISMO, ME COMPROMETO A NOTIFICAR A LA DIRECCIÓN DE PENSIONES DEL ESTADO EN CASO DE HABER CELEBRADO CONTRATO DE ADHESIÓN CON INSTITUCIÓN BANCARIA DIFERENTE A LA REPORTADA EN ESTE PAGARÉ.

QUEDA CONVENIDO QUE EN CASO DE MORA, EL PRESENTE TÍTULO CAUSARÁ UN INTERÉS DEL 1% QUINCENAL, HASTA SU TOTAL LIQUIDACIÓN, SIN QUE POR ELLO SE CONSIDERE PRORROGADO EL PLAZO.

EN CASO DE SEPARACIÓN DEL SERVICIO O DE FALTA DE PAGO DE DOS ABONOS CONSECUTIVOS, LA DIRECCIÓN DE PENSIONES DEL ESTADO PODRÁ DAR POR VENCIDO EL PLAZO DE ESTA OPERACIÓN Y EXIGIR EL TOTAL DE LA CANTIDAD INSOLUTA, MÁS SUS INTERESES, ASÍ COMO LAS COSTAS Y GASTOS A QUE HAYA LUGAR EN SU CASO, ESTO DE CONFORMIDAD CON LA LEY DE TÍTULOS Y OPERACIONES DE CRÉDITO, PUDIENDO APLICAR AL PAGO DEL ADEUDO EL ÚLTIMO SUELDO QUE DEBA PERCIBIR Y LOS DESCUENTOS QUE SE ME HAYAN HECHO CONFORME A LO DISPUESTO EN LA LEY DE PENSIONES Y PRESTACIONES SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ EN VIGOR, ACUERDOS Y DISPOSICIONES APLICABLES.

PARA EN CASO DE JUICIO ME SOMETO A LOS TRIBUNALES DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. Y RENUNCIO EXPRESAMENTE AL FUERO DE MI DOMICILIO Y A CUALQUIER OTRO QUE LA LEY ME CONCEDA.

FIRMA DEL SUSCRIPTOR

NOMBRE COMPLETO DEL SUSCRIPTOR

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. A _____ DE _____ DE _____

*ACEPTO POR AVAL 1

*NOMBRE COMPLETO

*NO. AFILIACIÓN

*DOMICILIO PARTICULAR

*ACEPTO POR AVAL 2

*NOMBRE COMPLETO

*NO. AFILIACIÓN

*DOMICILIO PARTICULAR

Vo.. Bo.

EL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE PENSIONES DEL SECTOR