



INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ
SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
Arco Vial Sur n. 730 Fracc. Lomas Verdes C.P. 91097 Xalapa, Ver. Tels. 1 41 05 43, 1 41 05 44 y 1 41 05 73
SOLICITUD DE PRÉSTAMO A CORTO PLAZO

FOLIO

PAGARÉ

BUENO POR \$ _____ M.N.

EN XALAPA, VER. A _____ DE _____ DE _____

DEBE (MOS) Y PAGARÉ (MOS) INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARÉ AL INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ EN LA CIUDAD DE XALAPA- EQUEZ., VER., EL DÍA _____ DEL MES _____ DEL AÑO _____ LA CANTIDAD DE:

(_____ M.N.)

(CON LETRA)

VALOR RECIBIDO A MÍ (NUESTRA) ENTERA SATISFACCIÓN. ESTE PAGARÉ ES ÚNICO Y ESTA SUJETO A LA CONDICIÓN DE QUE, GENERARÁ INTERESES NORMALES SOBRE SALDOS INSOLUTOS DURANTE SU VIGENCIA A LA TASA DEL _____ % ANUAL, APROBADA POR CONSEJO DIRECTIVO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 66 DE LA LEY N° 20 DE PENSIONES DEL ESTADO REFORMADA Y DE NO PAGARSE A SU VENCIMIENTO, CAUSARÁ INTERESES MORATORIOS A LA TASA DE _____% MENSUAL, PAGADERO EN ESTA CIUDAD DE XALAPA-EQUEZ., VERACRUZ, JUNTAMENTE CON EL PRINCIPAL, POR LO QUE EN ESTE ACTO EXPRESAMOS QUE EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1092 Y 1093 DEL CÓDIGO DE COMERCIO REFORMADO, NOS SOMETEMOS EN FORMA EXPRESA A LA JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA DE LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES DEL DISTRITO JUDICIAL DE XALAPA, VERACRUZ, RENUNCIANDO AL QUE PUDIERA CORRESPONDERNOS EN RAZÓN AL DOMICILIO PRESENTE O FUTURO. ESTE PAGARÉ SE RIGE POR LA LEY GENERAL DE TÍTULOS Y OPERACIONES DE CRÉDITO Y POR NO SER UN PAGARÉ DOMICILIADO SE ESTARÁ A LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 173 ÚLTIMO PÁRRAFO DE LA CITADA LEY.

SUSCRIPTOR

AVALISTA

DATOS DEL SOLICITANTE				*FECHA EMISIÓN:	*CANT. LÍQUIDA:
TIPO	AFILIACIÓN	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	R.F.C.
A	P				
DOMICILIO PARTICULAR					
CALLE Y NÚMERO			COLONIA		C.P.
CLAVE	POBLACIÓN		MUNICIPIO	TELÉFONO	
DATOS LABORALES					
CLAVE	ORGANISMO PAGADOR		DEPENDENCIA		No. PERSONAL
EMPLEO DEL SOLICITANTE					APORTACIÓN IPE
FORMA DE COBRO					
NORMAL	GIRO	POR PODER	NOMBRE DEL APODERADO (Sólo en caso que elija POR PODER)		
DOMICILIO CORRESPONDENCIA (Sólo en caso que elija por GIRO)					
CALLE Y NÚMERO			COLONIA		C.P.
CLAVE	POBLACIÓN		MUNICIPIO		
OBSERVACIONES *			SINDICATO *	SELLO DE RECIBIDO *	
			NÚMERO SINDICATO		
DATOS DEL AVAL					
AFILIACIÓN	PATERNO	MATERNO	NOMBRE	R.F.C.	
DOMICILIO PARTICULAR					
CALLE Y NÚMERO			COLONIA		C.P.
CLAVE	POBLACIÓN		MUNICIPIO	TELÉFONO	
DATOS LABORALES					
No. PERSONAL	EMPLEO		SUELDO	APORTACIÓN IPE	
DATOS DEL PRESTAMO *					
PLAZO DE PAGO *		DESC. DE P.C.P. ANT. *	LÍQUIDO *	TOTAL *	SUELDO DE TAB. *
QUINCENAS	MESES				
RECIBIÓ / REVISÓ *	TABULÓ *		GRABÓ *	EMITIÓ CHEQUE *	

CONDICIONES DE PAGO

- 1.-AUTORIZO EXPRESAMENTE A LA OFICINA QUE PAGA MIS SUELDOS PARA QUE, CON PREFERENCIA A CUALQUIER OTRO PAGO O DEDUCCIÓN, HAGA LOS DESCUENTOS QUINCENALES POR LAS CANTIDADES QUE EL INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ LE INDIQUE Y LOS ENTREGUE A ESA MISMA INSTITUCION.
- 2.- TAMBIÉN AUTORIZO EXPRESAMENTE A LA OFICINA QUE PAGA MIS SUELDOS PARA QUE, EN CASO DE SEPARACIÓN DEL SERVICIO, EL ÚLTIMO SUELDO O SUELDOS QUE DEBA RECIBIR SE ENTREGUEN AL INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ PARA QUE LOS APLIQUE AL PAGO DE MI ADEUDO.
- 3.- SI POR CUALQUIER RAZON NO SE HICIERA LA RETENCIÓN DEBIDA COMO ABONO DE ESTE PRÉSTAMO, ME COMPROMETO A HACERLO NOTAR INMEDIATAMENTE A LA OFICINA PAGADORA PARA QUE LO EFECTÚE Y SI NO FUERE POSIBLE, ENTERARÉ EN EL INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO ABONO OMITIDO O DEPOSITARÉ SU IMPORTE EN LA OFICINA PAGADORA.
- 4.- EI PLAZO PARA EL PAGO DEL PRÉSTAMO NO SERÁ MAYOR DE 12 MESES NI MENOR DE UNO.
- 5.- ACEPTO LAS CONDICIONES QUE EN ESTE PAGARÉ SE EXPONEN POR MEDIO DE LA FIRMA QUE SE ENCUENTRA EN EL ANVERSO DEL MISMO.
- 6.- SI SE HICIERA CANCELACIÓN DEL CHEQUE DE PRÉSTAMO SE LE COBRARÁ EL 1% POR GASTOS DE ADMINISTRACIÓN.
- 7.- MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS PERSONALES QUE SE INDICAN EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON CORRECTOS Y POR LO QUE RESPECTA AL DOMICILIO ES EN EL QUE ACTUALMENTE RESIDO, MISMO QUE SEÑALO PARA OIR Y RECIBIR TODA CLASE DE NOTIFICACIONES, EN EL ENTENDIDO DE QUE SI EN LO FUTURO LLEGARA A CAMBIAR DE DOMICILIO. LO HARÉ DEL CONOCIMIENTO DE MANERA INMEDIATA A ESTE INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO, EN CASO CONTRARIO DESDE ESTE MOMENTO FACULTO A ESE ORGANISMO PARA QUE PROCEDA A LA APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 112 DE LA LEY VIGENTE DE PENSIONES DEL ESTADO.

CERTIFICACIONES **

DEPENDENCIA **	CATEGORÍA **	SUELDO **	SOBRESUELDO **	TOTAL **

FECHA	FECHA	FECHA	FIRMA
			FIRMA
			FIRMA
			FIRMA

HACE CONSTAR QUE SON CIERTOS LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO; QUE ES EL INTERESADO LA FIRMA Y/O HUELLA QUE LO CALZAN; QUE SE ENCUENTRAN EN SERVICIO ACTIVO Y NO DISFRUTA ACTUALMENTE DE LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO, NO TENIENDO CONOCIMIENTO DE QUE ESTE PENDIENTE DE RESOLVER SOBRE LA SEPARACIÓN DEL EMPLEADO, NI DE CAUSA ALGUNA POR LA QUE SERÍA SUSPENDIDO O SEPARADO.

LOS DATOS MARCADOS CON ** SERAN LLENADOS POR LA DEPENDENCIA