



SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES AL SERVICIO
DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Av. Orizaba Núm. 26 Fraccionamiento Veracruz, Xalapa, Eqz., Ver.
Tel. Fax. (228) 815 75 30 y 01 800 148 33 88

VALE POR: \$ _____

DEBO Y PAGARÉ INCONDICIONALMENTE A LA CAJA DE AHORRO DEL SETSUV LA CANTIDAD
DE:
\$ _____ (_____)

QUE RECIBO COMO PRESTAMO, MISMO QUE LIQUIDARÉ A TRAVÉS DE _____ DESCUENTOS
QUINCENALES, APARTIR DE LA SIGUIENTE QUINCENA EN QUE LO RECIBA. ESTE PAGARE CAUSARA UN
INTERES DEL 3% MENSUAL AL SOCIO DE CAJA DE AHORRO Y/O 6% AL NO SOCIO DEL TOTAL DEL MONTO
PRESTADO; ACEPTANDO QUE EN CASO DE ADEUDO POR PRESTAMO DE CAJA DE AHORRO, POR
MOTIVOS DE SEPARACION DEL SERVICIO, SE APLIQUE DICHO DESCUENTO A MI LIQUIDACION.

_____, VER. A _____ DE _____ DE 20____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL AVAL

DATOS DEL SOLICITANTE (sin abreviaturas)

No. Personal _____	Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombres(s) _____
Puesto _____	Categoría _____		Dependencia _____
Nivel _____	Tipo de Personal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Zona _____	Base Suplente Pensionado		
No. Telefónico _____			

DATOS DEL AVAL (sin abreviaturas)

No. Personal _____	Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	Nombres(s) _____
Puesto _____	Categoría _____		Dependencia _____
Nivel _____	Tipo de Personal <input type="checkbox"/>		
Zona _____	Base		
No. Telefónico _____			

NOTA: Anexar copia del último talón de pago del interesado y aval.
En caso de adeudo, el descuento se aplicará al aval.

Nombre y Firma del Delegado