



COMITÉ EJECUTIVO SECCIONAL
SUTETYM - ISSEMYM
2021 - 2025



SOLICITUD DE PRÉSTAMO A LA CAJA DE AHORRO

FECHA

DÍA

MES

AÑO

DATOS PERSONALES

CLAVE ISSEMYM (10 DÍGITOS)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
DOMICILIO (CALLE / NÚMERO EXTERIOR / INTERIOR)			COLONIA O FRACCIONAMIENTO
MUNICIPIO O DELEGACIÓN / ESTADO			CÓDIGO POSTAL TELÉFONO PARTICULAR

DATOS LABORALES

ADSCRIPCIÓN (CLAVE)	UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN (NOMBRE)		
OFICINA O DEPARTAMENTO / ÁREA O SERVICIO	PUESTO FUNCIONAL		
SINDICALIZADO ☐	NO SINDICALIZADO ☐	CONFIANZA ☐	TELÉFONO CON LADA / EXTENSIÓN

DATOS DEL PRÉSTAMO

IMPORTE SOLICITADO \$	IMPORTE SOLICITADO (CON LETRA) ()	PLAZO SOLICITADO
IMPORTE AUTORIZADO \$	IMPORTE AUTORIZADO (CON LETRA) ()	PLAZO AUTORIZADO

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

RECOMENDACIÓN DE LLENADO:

1.- ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE CLARA Y LEGIBLE.

REQUISITOS:

- 1.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL Y CREDENCIAL DEL ISSEMYM VIGENTE.
- 2.- COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO VIGENTE (Al reverso de las identificaciones).
- 3.- COPIA DE LOS 4 ÚLTIMOS TALONES DE PAGO (Personal NO Sindicalizado 5 talones).
- 4.- CROQUIS DE LOCALIZACIÓN DEL DOMICILIO PARTICULAR ACTUAL (Al reverso de los comprobantes de pago).
- 5.- CERTIFICADO DE NO DEUDOR ALIMENTARIO MOROSO.
- 6.- PRESENTAR EL FORMATO MEDIANTE EL CUAL EL SOCIO SE COMPROMETE A NO SOLICITAR LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO, MIENTRAS SE ENCUENTRE VIGENTE EL PLAZO DE CONVENIO DE OTORGAMIENTO DE PRÉSTAMO; EL MISMO FORMATO PODRÁ SER CANCELADO EN EL MOMENTO QUE ACREDITE CUBRIR DE FORMA ANTICIPADA EL SALDO DEUDOR, PREVIO A LA FECHA DE EJERCER SU DERECHO A DICHA LICENCIA.

**SUTETYM - ISSEMYM CALLE JOSÉ LUIS ÁLAMO NO. 103, COL. SAN BERNARDINO,
C.P. 50080, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO. TELS.: 722 318-42-30 AL 33 EXT.: 106**