



INSTITUTO DE PENSIONES DEL ESTADO DE VERACRUZ
SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES INSTITUCIONALES
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES ECONOMICAS
 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 MEDIANO 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., 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 está sujeto a la condición de que, generará intereses normales sobre saldos insolutos durante su vigencia a la tasa del ____% anual, aprobada por el 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.

En caso de garantizar el pago mediante dos avales, el segundo aval, responderá hasta por el ____% del adeudo.

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del aval

Nombre y firma del aval

DATOS DEL SOLICITANTE			*FECHA EMISIÓN:	*CANT. LIQUIDA:	
TIPO	AFILIACIÓN	PATERNAL	MATERNAL	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 PRÉSTAMO *					
PLAZO DE PAGO *		DESC. DE P.C.P. ANT. *	LÍQUIDO *	TOTAL *	SUELDO DE TAB. *
QUINCENAS	MESES				
RECIBIÓ / REVISÓ *	TABULÓ *	GRABÓ *	EMITIÓ CHEQUE *		

LOS DATOS MARCADOS CON * SERÁN LLENADOS POR EL IPE

DATOS DEL AVAL

AFILIACIÓN	PATERO	MATERO	NOMBRE	R.F.C.
DOMICILIO PARTICULAR				
CALLE Y NÚMERO			COLONIA	C.P.
CLAVE	POBLACIÓN		MUNICIPIO	APORTACIÓN IPE

DATOS DEL AVAL

AFILIACIÓN	PATERO	MATERO	NOMBRE	R.F.C.
DOMICILIO PARTICULAR				
CALLE Y NÚMERO			COLONIA	C.P.
CLAVE	POBLACIÓN		MUNICIPIO	APORTACIÓN IPE

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 INSTITUCIÓN.
- 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 RAZÓN NO SE HICIERA LA RETENCIÓN DEBIDA COMO ABONO DE ESTE PRÉSTAMO, ME COMPROMETO A HACERLO NOTAR INMEDIATAMENTE A LA OFICINA PAGADORA PARA QUE LO EFECTUÉ 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 36 MESES NI MENOR DE 24.
- 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.

Firma del solicitante

CERTIFICACIONES **

DEPENDENCIA **	CATEGORÍA **				SUELDO **	SOBRESUELDO **	TOTAL **
FECHA			FECHA			FIRMA	
						FIRMA	

HACE CONSTAR QUE SON CIERTOS LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO; QUE ES DEL INTERESADO LA FIRMA Y/O HUELLA QUE LO CALZAN; QUE SE ENCUENTRA 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 ** SERÁN LLENADOS POR LA DEPENDENCIA