



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 _____		
Nivel _____	Dependencia _____		
Zona _____	Tipo de Personal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
No. Telefónico _____	Base Suplente Pensionado		

DATOS DEL AVAL (sin abreviaturas)

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

**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