

IPE – Préstamo a mediano plazo

REQUISITOS:

- ✓ **1 tanto original** del formato de solicitud de préstamo a mediano plazo, llenado a mano con tinta azul por interesado y aval (o avales en caso de requerirse más de uno). **Ojo:** imprimir el formato de lado y lado en una sola hoja tamaño oficio.
 - ✓ **1 tanto original** del formato de domiciliación llenado a mano con tinta azul. Ver ejemplo abajo. En caso de duda en algún apartado específico deberá dejarlo en blanco.
 - ✓ **1 copia** del estado de cuenta con clabe interbancaria. Deberá estar actualizado al último mes e imprimirse completo; es decir, todas las hojas.
 - ✓ **1 copia** de los últimos **dos** comprobantes de pago.
 - ✓ **1 copia** de la credencia del IPE, vigente y firmada.
 - ✓ **1 copia** de la identificación oficial (INE, cédula profesional, pasaporte o cartilla militar).
 - ✓ **1 copia** del comprobante de domicilio vigente, no mayor a tres meses (agua, luz, teléfono).
- *Para ser acreedor a este préstamo debe contar con una antigüedad laboral mínima de 3 años.
- **Deberá presentar de 1 a 3 avales según sea necesario, quienes deberán presentar la misma documentación que el interesado.



SOLICITUD DE PRÉSTAMO A MEDIANO PLAZO DOMICILIADO

Pagaré

Bueno por \$

m.n.

En la ciudad de Xalapa-Enriquez, Veracruz a _____ de _____ de _____
Debemos y pagaremos incondicionalmente por este pagaré al Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave en la Ciudad de Xalapa-Enríquez, Veracruz; el día _____ del mes de _____ del año _____ por la cantidad de: \$ _____

(_____ M.N.) (con letra).
Valor recibido a mí 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 H. Consejo Directivo del Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave en términos del artículo 67 de la Ley N°287 de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave en vigor y de no pagarse a su vencimiento, por cada mes o fracción de mes causará intereses moratorios a la tasa de _____ % mensual, 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.

Suscriptor

Aval

Aval

Aval

Hemos leído las condiciones del préstamo en la parte posterior de esta solicitud y acepto de conformidad con lo señalado.

Datos del Solicitante

Folio

Importe del Préstamo \$

m.n.

Número de Afiliación A P _____

Nombre Completo _____

Domicilio Particular _____ Colonia _____

Municipio _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Banco _____ Cuenta _____ Cuenta CLABE _____

Datos Laborales del Solicitante

Organismo Pagador _____ Dependencia _____

Empleo del Solicitante _____

Datos del Primer Aval

Número de Afiliación A P _____

Nombre Completo _____

Domicilio Particular _____ Colonia _____

Municipio _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo Electrónico _____

Banco _____ Cuenta _____ Cuenta CLABE _____

*Sueldo Mensual	*Importe Líquido	*Domiciliado	*Importe Total
\$	\$	\$	\$

*Datos del Préstamo

Descuento \$

Cantidad Líquida \$

*Plazo

24 Meses 30 Meses 36 Meses

Transferencia Cheque

*Sueldo Mensual	*Importe Líquido	*Domiciliado	*Importe Total
\$	\$	\$	\$

Recepción	Codificación	Validación	Confirmación	Emisión
-----------	--------------	------------	--------------	---------

Observaciones	Sindicato	Sello de Recibido
---------------	-----------	-------------------

Datos del Segundo Aval

Número de Afiliación	A	P	<input type="text"/>
Nombre Completo	<input type="text"/>		
Domicilio Particular	<input type="text"/>	Colonia	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
		Código Postal	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
		Correo Electrónico	<input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>	Cuenta	<input type="text"/>
		Cuenta CLABE	<input type="text"/>
*Sueldo Mensual	*Importe Líquido	*Domiciliado	*Importe Total
\$	\$	\$	\$

Datos del Tercer Aval

Número de Afiliación	A	P	<input type="text"/>
Nombre Completo	<input type="text"/>		
Domicilio Particular	<input type="text"/>	Colonia	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
		Código Postal	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
		Correo Electrónico	<input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>	Cuenta	<input type="text"/>
		Cuenta CLABE	<input type="text"/>
*Sueldo Mensual	*Importe Líquido	*Domiciliado	*Importe Total
\$	\$	\$	\$

Condiciones del Préstamo

- 1) Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que soy titular de una cuenta de Nómina en donde recibo mi sueldo de mi centro de trabajo, cuyos datos he proporcionado al Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- 2) De igual manera expreso que todos los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- 3) Una vez recibido el préstamo, autorizo al Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave para que instruya a la Institución Bancaria en donde es depositado mi sueldo, para que realice los descuentos correspondientes por el préstamo recibido con cargo a la cuenta bancaria identificada por la CLABE (Clave Bancaria Estandarizada), número de tarjeta de débito o cuenta de cheques proporcionado al citado Instituto.
- 4) Debido a lo anterior, expreso que la Institución Bancaria que realice el cargo de los pagos del préstamo aquí consignado, queda liberada de toda responsabilidad, razón por la cual no me reservo ninguna acción o derecho que hacer valer en contra de esta.
- 5) Así mismo, expreso mi compromiso que durante la vigencia del presente préstamo no cancelaré, suspenderé, ni realizaré cualquier acción o acto que pretenda incumplir el pago de los descuentos, por lo que dejaré en la cuenta el monto equivalente a cada descuento para que lo cargue la Institución Bancaria, enterado de que de no hacerlo incurriré en mora por cada pago no efectuado. (Art.70 reglamento Préstamos a Corto y Mediano Plazo del Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave).
- 6) En caso de que, por cualquier motivo, cancele la cuenta bancaria, se encuentre bloqueada, cambie la cuenta de Nómina en donde recibo mi sueldo de mi centro de trabajo o deje de prestar mis servicios en el centro de trabajo (renuncia, licencia, permisos, etc.) haré, en un plazo no mayor de 5 días hábiles, del conocimiento al Instituto, comprometiéndome a pagar el préstamo por los diferentes medios propuestos por el Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- 7) Estoy consciente de que, en caso de omitir o evitar los descuentos correspondientes por el préstamo recibido durante dos quincenas consecutivas, el Instituto realizará las acciones administrativas necesarias para que dicho adeudo, con la reestructuración correspondiente, sea recuperado a través de mi nómina en mi centro de trabajo. Como lo indican los artículos 52 y 62 del Reglamento de Préstamos a Corto y Mediano Plazo del Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- 8) El suscrito y el aval manifestamos nuestra conformidad que, en caso de incumplir en lo indicado en los dos puntos anteriormente mencionados, se cobre al aval en forma solidaria en términos mencionados en los Artículos 41, 43, 44, 52, 60, 62, 67 y 68 del Reglamento de Préstamos a Corto y Mediano Plazo del Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave.
- 9) Con nuestra firma autógrafa presentada en el pagaré de esta solicitud, interesado y aval(es) aceptamos las condiciones del préstamo.

Certificación de Préstamo

Dependencia	Categoría	Sueldo
		\$
Dependencia	Categoría	Sueldo
		\$
Sello de la Dependencia	Sello de la Dependencia	Nombre y Firma del Funcionario
		Nombre y Firma del Funcionario

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 COMO TRABAJADOR ACTIVO O JUBILADO-PENSIONADO DE ESTA INSTITUCIÓN.

LE INVITAMOS A CONOCER NUESTROS AVISOS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS EN:
<http://www.veracruz.gob.mx/ipe/transparencia/avisos-de-privacidad-3/>

FORMATO PARA SOLICITAR LA DOMICILIACIÓN

En la ciudad de Xalapa-Enriquez, Veracruz a _____ de _____ de _____.

Solicito y autorizo que en base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos periódicos en mi cuenta de nómina conforme a lo siguiente:

1.- Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse:

Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz

2.- Bien, servicio o crédito, a pagar:

Préstamo a Corto Plazo Domiciliado Préstamo a Mediano Plazo Domiciliado

en su caso, el número de identificación generado por el proveedor (dato no obligatorio):

3.- Periodicidad del pago (Facturación) (ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual, etc.): Quincenal o, en su caso, el día específico en el que solicitará realizar el pago: _____

4.- Nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en lo que se realiza el cargo: Banorte BBVA CitiBanamex HSBC Santander ScotiaBank

5.- Cualquiera de los datos de identificación de la cuenta, siguientes:

Número de tarjeta de débito (16 dígitos): _____

Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) de la cuenta (18 dígitos):

Número de teléfono móvil asociado a la cuenta: _____

6.- Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodos de facturaciones:

En lugar del monto máximo fijo, tratándose del pago de créditos revolvente asociados a tarjetas de crédito, el cliente podrá optar por autorizar alguna de las opciones de cargo siguientes:

Marca con una (x) la opción que, en su caso corresponda

El importe del pago mínimo del periodo: _____

El saldo total para no generar intereses en el periodo _____

Un monto fijo _____ incluir monto \$ _____

Esta autorización es por plazo indeterminado _____ o vence el: _____

Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

ATENTAMENTE

(Nombre y Firma)

FORMATO PARA SOLICITAR LA DOMICILIACIÓN

En Xalapa-Enriquez, Veracruz a DÍA de MES de AÑO

Solicito y autorizo que en base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos periódicos en mi cuenta de nómina conforme a lo siguiente:

1.- Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse:

Instituto de Pensiones del Estado de Veracruz

2.- Bien, servicio o crédito, a pagar: **PRÉSTAMO A MEDIANO PLAZO DOMICILIADO**
en su caso, el número de identificación generado por el proveedor (dato no obligatorio):

3.- Periodicidad del pago (Facturación) (ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual, etc.): **QUINCENAL** o, en su caso, el día específico en el que solicitará realizar el pago:

4.- Nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en lo que se realiza el cargo: **NOMBRE DE BANCO NÓMINA**

5.- Cualquiera de los datos de identificación de la cuenta, siguientes:

Número de tarjeta de débito (16 dígitos): **ANOTAR NÚMERO DE CUENTA**

Clave Bancaria Estandarizada (CLABE) de la cuenta (18 dígitos):

ANOTAR NÚMERO DE CUENTA CLABE

Número de teléfono móvil asociado a la cuenta: **ANOTAR NÚMERO DE CELULAR**

6.- Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodos de facturaciones:
En lugar del monto máximo fijo, tratándose del pago de créditos revolvente asociados a tarjetas de crédito, el cliente podrá optar por autorizar alguna de las opciones de cargo siguientes:

Marca con una (x) la opción que, en su caso corresponda

El importe del pago mínimo del periodo: **NO LLENAR**

El saldo total para no generar intereses en el periodo **NO LLENAR**

Un monto fijo incluir monto \$ **NO LLENAR**

Esta autorización es por plazo indeterminado o vence el: **NO LLENAR**

Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

ATENTAMENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

(Nombre y Firma)