CARTA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

San Luis Potosí, S.L.P., a _____ de _____ de 2026

SNTE SECCIÓN 26, SAN LUIS POTOSÍ
P R E S E N T E

PRÉSTAMO FERPTTE

El (la) que suscribe, Profesor(a) de Telesecundaria, manifiesto de manera **libre, voluntaria, consciente y expresa** mi consentimiento para incorporarme al **Programa de Apoyo de Servicios Médicos (PASEM)**.

A través de la presente, **AUTORIZO** al **Comité Técnico del Fondo Económico Revolvente para el Otorgamiento de Préstamos Extraordinarios para los Trabajadores de Telesecundarias (FERPTTE)** para que aplique el **descuento del concepto 23** de mis percepciones quincenales, como pago del préstamo extraordinario, hasta su total liquidación, **eximiendo de toda responsabilidad** y situación legal y/o administrativa derivada de dicho descuento al Comité Técnico del Fondo Económico Revolvente de la Sección 26 del SNTE, quien realiza los descuentos.

Declaro, bajo protesta de decir verdad, que no existe dolo, error, coacción ni mala fe de las partes que intervienen; que me encuentro en servicio, sin licencia sin goce de sueldo, y que la información proporcionada es verídica.

No obstante, en caso de que algún descuento no llegara a realizarse, o de separarme del servicio, contar con licencia sin goce de sueldo o darme de baja del PASEM, me comprometo a cubrir directamente el saldo pendiente del préstamo; las cuotas ya aplicadas no son reembolsables. La autorización de descuento aquí otorgada permanecerá vigente mientras esté incorporado(a) al PASEM, hasta que manifieste **por escrito** mi voluntad de darme de baja.

Asimismo, otorgo mi consentimiento expreso para que mis datos personales y los de mis dependientes, incluidos los de carácter sensible, sean tratados con estricta confidencialidad y exclusivamente para la operación y administración del PASEM, de conformidad con la legislación aplicable en materia de protección de datos personales y con el Aviso de Privacidad correspondiente.

Agradezco la atención otorgada a la presente.

A T E N T A M E N T E

Nombre completo

Filiación

Clave presupuestal

Teléfono de contacto

Correo electrónico

RFC

CURP

Personal de Telesecundaria:

☐ Estatal ☐ Federal

VIGENCIA DEL PASEM
Inicia a partir de la fecha de firma de la solicitud del préstamo FERPTTE.

_____

Firma

Se anexa a la presente:

- ☐ Copia de identificación oficial vigente (INE) por ambos lados.
- ☐ Solicitud de préstamo FERPTTE debidamente firmada.
- ☐ Formato de domiciliación.
- ☐ Estado de cuenta bancario no mayor a 3 meses.
- ☐ Formato de autorización Blue Bull (solo en caso de Telesecundaria Federal).

SECTOR SECCIÓN 26
TELESECUNDARIAS

FONDO ECONÓMICO REVOLVENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE PRESTAMOS EXTRAORDINARIOS PARA LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SECCIÓN 26.

FERPTTE

PRÉSTAMO PASEM

FOLIO:_____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

DOMICILIO PARTICULAR_____

MUNICIPIO_____ESTADO_____

TELEFONO_____FILIACION_____FECHA DE INGRESO AL SERVICIO _____

SOLICITO LA CANTIDAD DE $ **3,600.00** PLAZO DE PAGO **24** **QUINCENAS**

(CANTIDAD CON LETRA) **TRES MIL SEISCIENTOS PESOS 00/100 M.N.** DELEGACION O C.T. _____

ZONA ESCOLAR_____

CANTIDAD OTORGADA: $ (PARA SER LLENADO POR LA ADMINISTRADORA)

EMPLEO SEGÚN EL NOMBRAMIENTO	CLAVE(S) PRESUPUESTALES	SUELDO BASE MENSUAL 07X2

EL QUE SUSCRIBE, HACE CONSTAR QUE, A LA FECHA DE LA FIRMA Y AUTORIZACIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD, LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE DOCUMENTO SON CIERTOS Y CORRECTOS, LO QUE PUEDE SER VERIFICADO EN EL DEPARTAMENTO DE TELESECUNDARIA DE LA S.E.G.E; IGUALMENTE MANIFIESTO QUE ME ENCUENTRO EN SERVICIO ACTIVO Y NO DISFRUTO ACTUALMENTE DE LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO; NI TAMPOCO TENGO CONOCIMIENTO DE QUE PUDIERA SER SUSPENDIDO DE ESE (ESOS) EMPLEO(S).

POR LO QUE ME COMPROMETO A PAGAR EN FORMA Y EN ABONOS QUINCENALES DE $ **150.00** **CIENTO CINCUENTA PESOS 00/100 M.N.** A PARTIR DE LA QUINCENA_____, HASTA SU TOTAL VENCIMIENTO QUE SERÁ LA QUINCENA_____, MISMO(S) QUE AUTORIZO PARA QUE SE ME DESCUENTEN DE MI (S) SUELDO (S) POR CONDUCTO DE LA OFICINA PAGADORA DE MI ADSCRIPCIÓN, CON PREFERENCIA A CUALQUIER OTRO ADEUDO.

SI POR CUALQUIER RAZÓN NO SE ME HICIERE LA RETENCIÓN DEBIDA COMO ABONO A ESTE PRÉSTAMO, ME COMPROMETO A LO SIGUIENTE:

A) HACERLO NOTAR INMEDIATAMENTE AL COMITÉ TÉCNICO DEL FONDO ECONOMICO REVOLVENTE PARA QUE GIRE INSTRUCCIONES A LA OFICINA PAGADORA.

B) PAGAR EL INTERES MENSUAL MORATORTIO CORRESPONEDIENTE, EL CUAL CORRESPONDERA CON LAS REGLAS ACTUALES VIGENTES.

EN CASO DE QUE ME SEA CONCEDIDA LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO O QUE CONCLUYAN LOS EFECTOS DE MI NOMBRAMIENTO, SE PODRÁ DAR POR VENCIDO EL PLAZO DE ESTA OPERACIÓN Y SE ME PODRÁ EXIGIR EL TOTAL DE LA CANTIDAD INSOLUTA EN UNA SOLA EXHIBICIÓN, TAL Y COMO LO DETERMINAN LAS REGLAS DECIMA SÉPTIMA Y VIGÉSIMA SEGUNDA.

PARA EN CASO DE JUICIO, ME SOMETO A LOS TRIBUNALES DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. Y RENUNCIO EXPRESAMENTE AL FUERO DE MI DOMICILIO Y A CUALQUIER OTRO QUE LA LEY ME CONCEDA; LAS COSTAS Y GASTOS QUE SE ORIGINEN SERÁN SUFRAGADOS POR MI CUENTA.

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P. A_____DE_____DE_____.

EL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

ACEPTO REFINANCIAMIENTO
****EN CASO DE CONTAR CON CRÉDITO VIGENTE****

REVISÓ
PRIMER VOCAL DEL COMITÉ TÉCNICO

AUTORIZÓ
EL SECRETARIO DEL COMITÉ TÉCNICO

PROF. JUAN CARLOS SILVA MORIN

SELLO DE RECIBIDO DEL COMITÉ TÉCNICO
Vo. Bo.
El Presidente del Comité Técnico

PROF. JUAN CARLOS BARCENAS RAMIREZ
SECRETARIO GENERAL DE LA SECCION 26 DEL S.N.T.E.

FECHA DE 1ER. DESCUENTO_____

RECORDATORIO DESCUENTO QUINCENAL_____

FECHA DE LIQUIDACIÓN_____

BANCO MERCANTIL DEL NORTE, S.A. INSTITUCIÓN
DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BANORTE

Formato para solicitar la Domiciliación

San Luis Potosí, S.L.P., a _____ de _____ de 20____

Instruyo y autorizo que, con base en la información que se indica en esta comunicación, se realicen cargos periódicos en mi cuenta conforme a lo siguiente:

1. Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito o préstamo, según corresponda, que pretende pagarse por medio de la presente domiciliación: _____

2. Bien, servicio o crédito o préstamo, a pagar: _____. En su caso, el número de identificación generado por el proveedor (dato no obligatorio): _____

3. Tratándose de los pagos del crédito o préstamo objeto de esta Domiciliación, indicar a continuación si este es designado como un Crédito Asociado a la Nómina respecto del cual, de conformidad con las disposiciones emitidas por el Banco de México en la Circular 3/2012 o aquellas otras emitidas posteriormente, el banco que lleva la cuenta aquí referida deba realizar los cargos respectivos en el lugar del orden de prelación que deba seguirse con respecto a los demás cargos solicitados a esa misma cuenta: SÍ _____ NO _____

4. Periodicidad del pago (Facturación) (Ejemplo: semanal, quincenal, mensual, bimestral, semestral, anual, etc.): _____ o, en su caso, el día específico en el que se solicita realizar el pago:
   _____

5. Nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en la que se realizará el cargo:
   _____

6. 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): _____, o

   Número de teléfono móvil asociado a la Cuenta: _____

7. Monto máximo fijo del cargo autorizado por el periodo de facturación: $ _____

   En lugar del monto máximo fijo, si el crédito indicado en esta comunicación es de un crédito revolvente asociado a una tarjeta de crédito que no sea designado en esta misma solicitud como un Crédito Asociado a la Nómina, el titular de la cuenta podrá optar por autorizar alguna de las opciones de cargo siguientes (marcar 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, o

   ☐ Un monto fijo (en este último caso, especificar el monto): $ _____

8. Esta instrucción y autorización de cargo a mi cuenta se mantendrá vigente por plazo indeterminado. En lugar de lo anterior, esta instrucción y autorización de cargo a mi cuenta vence en la siguiente fecha:
   _____

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

_____

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA