

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL GOBIERNO Y MUNICIPIOS DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**



ISSSTECALI
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL GOBIERNO Y MUNICIPIOS DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
GOBIERNO DE BAJA CALIFORNIA

SOLICITUD DE PRESTAMO ESPECIAL

DATOS DEL SOLICITANTE

Numero de Afiliación al Instituto: _____ Folio: _____

Nombre: _____

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Domicilio: _____

Calle

Numero

Colonia

Ciudad

Teléfono

Monto Solicitado: \$ _____ para liquidar en _____ catorcenos/quincenas

Nombre de la Dependencia labora:

_____, Baja California a _____ de _____ de 20_____

Se anexa copia de últimos 3 talones de cheque:

Marca con X: _____ SI _____ NO

FIRMA DE CONFORMIDAD DEL SOLICITANTE

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL GOBIERNO Y MUNICIPIOS DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**