



CARTA DE AUTORIZACIÓN DESCUENTO NÓMINA TRABAJADOR ACTIVO

H. CONSEJO DE ADMINISTRACION DE SOCIEDAD
COOPERATIVA DE CONSUMO FAMILIAR DE LA SECCIÓN
54 DEL SNTE SCL.

Suscrito, que a la fecha me desempeño como trabajador de la educación activo de nuevo ingreso y agremiado a la Sección 54 del SNTE, he presentado mi solicitud de ingreso a la Sociedad Cooperativa de Consumo Familiar de la Sección 54 del SNTE y en virtud de que cubro los requisitos de admisión de socio, presentando fiel cumplimiento a las disposiciones emanadas de la Ley General de Sociedades Cooperativas, manifiesto mi entera voluntad de adhesión como socio y cubrir el importe total correspondiente a un certificado de aportación 2023 por la cantidad de \$3,541.54 (Tres Mil Quinientos Cuarenta y Un Pesos 54/100 m.n.), realizando el ajuste adecuado al monto de descuento quincenal, correspondiente en el momento que se realice el aumento del valor del certificado de aportación 2024.

Asimismo, autorizo a Sociedad Cooperativa de Consumo Familiar de la Sección 54 del SNTE realice los trámites correspondientes ante la Secretaría de Educación y Cultura para el descuento vía nómina en la clave AC en los términos de la opción que señalo del cuadro siguiente:

OPCIÓN (MARQUE ELECCIÓN)	PLAZOS EN MESES	DESCUENTO QUINCENAL
☐ A	10	\$177.08
☐ B	15	\$118.05
☒ C	20	\$88.53

En la ciudad de Hermosillo, Sonora a 14 de Marzo del 2024

ACEPTO DE CONFORMIDAD

Roxa del Carmen Flores
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

No. de pensión 177411

Estatus:

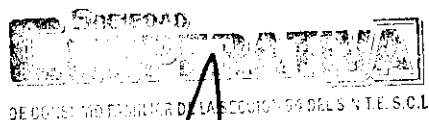
ACTIVO ☐ Docente ☐ Personal ☒ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso 29 Agosto 2013
JUBILADO ☐ Docente ☐ Personal ☐ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso _____

Datos Personales

Nombre completo: Rosa del Carmen Flores Mendoza CURP: FOMR740219MSRLNS09
Estado Civil: Soltera RFC: FOMR740219TV3 Fecha de nacimiento: 19 Febrero 1974
Edad: 50 Nacionalidad Mexicana Correo electrónico: ldotraflores@hotmail.com
Domicilio particular: Ave Amepola Pte #8 Floresta 83170 Hermosillo
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)
Tel. fijo: _____ Tel. celular: 6621 49 88 91
Delegación o C.T. DIS 1 Localidad Hermosillo Municipio Hermosillo

Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: 6622 60 4741 Tel. celular: _____ Nombre de la Escuela Centro de Atención Infantil No 4
Localidad: Hermosillo Municipio: Hermosillo Puesto desempeñado (Especificar): Psicólogo



R.F.C. 80074002-T33
RECIBIDO
14-Marzo-2024

FIRMA DEL SOCIO

[Firma]

Fecha de Asamblea en que fue admitido como socio: _____

Fecha de Asamblea en que fue dado de baja como socio: _____

Datos exclusivos de cooperativa

FORMATO PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

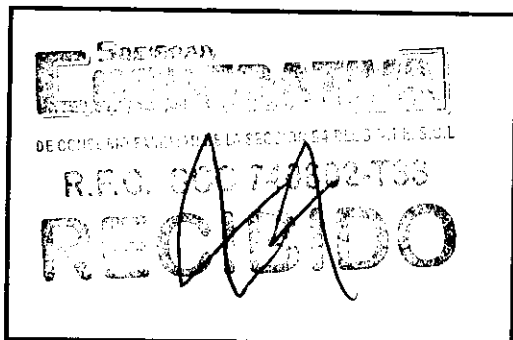
EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES CONSTITUTIVAS DE SOCIEDAD COOPERATIVA DE CONSUMO FAMILIAR DE LA SECCIÓN 54 DEL SNTÉ SCL, EN EL CAPÍTULO III CLAUSULA 05 Y CAPITULO X CLAUSULA 29, EN LO RELATIVO A LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SOBRE MIS CERTIFICADOS DE APORTACIÓN, ME PERMITO DESIGNAR A:

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO				PARENTESCO	EDAD	SEXO	%
Mendoza	Corrasco	Amparo		Mamá	73	F	40
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)					
Ruiz	Mendoza	claudia Elizabeth		hermana	41	F	30
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)					
Ruiz	Mendoza	Jesús Roberto		hermano	40	M	30
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)					
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)					

CON ESTA DESIGNACIÓN, MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE REVOCAR DESIGNACIONES ANTERIORES SIENDO LOS BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD, DESIGNO COMO SU TUTOR A:

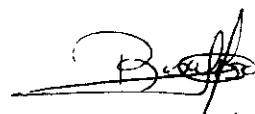
EN CUALQUIER CASO, SI ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS FALLECIERA, ES MI VOLUNTAD QUE EL PORCENTAJE ASIGNADO SEA REPARTIDO ENTRE LOS RESTANTES, EN PROPORCIÓN AL PORCENTAJE QUEAÉSTOS LES CORRESPONDA. O COMO SU TUTOR A:

EN CASO DE CONTROVERSIA SE ESTARÁ INVARIABLEMENTE A LO QUE ESTABLECE LA LEGISLACIÓN CIVILSONORENSE EN EL CAPITULO RELATIVO ASUCESIONES.



FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

FIRMA


Rose del Carmen Flores Mendoza
NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

COMPARECEN COMO TESTIGOS

NOMBRE: Jorge Armando Leyva

FIRMA: 

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

No. PENSIÓN: 199411

Llevar a cabo el trámite y gestión para la devolución del valor de su certificado de aportación en caso de fallecimiento.

La SCCF podrá llegar a transferir los datos personales, financieros y/o patrimoniales recabados a Usted para:

- Subsidiarias, filiales, afiliadas, controladas o controladoras de SCCF, así como cualquier entidad u organización perteneciente a la estructura del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, controladora de SCCF; lo anterior con fines administrativos.
- Caja Magisterial de Ahorros y Préstamos de la Sección 54 del SNTE, con el fin de conocer el estatus y capacidad económica de los Socios, para el otorgamiento de créditos.

El receptor de los datos personales que sean transferidos por SCCF, no podrá utilizar la información proporcionada de manera diversa a la establecida en el presente Aviso de Privacidad.

En caso de que no desee que sus datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales sean tratados y transferidos para estos fines, desde este momento Usted nos puede comunicar lo anterior a través del siguiente correo electrónico cfdsoccooperativa@hotmail.com, en el entendido de que, en caso de expresar su negativa, no podrán llevarse a cabo la aplicación de las solicitudes del área financiera y/o beneficios de los programas de asistencia social que ofrece SCCF.

Los datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales que nos sean proporcionados, serán conservados por un periodo de setenta y dos meses en medios físicos y electrónicos y posteriormente descartados a efecto de evitar un tratamiento indebido de los mismos, con fundamento en el artículo 11, párrafo segundo de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

La confidencialidad de los datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales, que nos proporciona, está garantizada y los mismos están protegidos por medidas de seguridad administrativa, técnica y física, para evitar su daño, pérdida, alteración, destrucción, uso, acceso o divulgación indebida. Únicamente personas autorizadas por SCCF tendrán acceso a sus datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales.

Podrá tramitar la revocación del consentimiento que se otorga en el presente documento en cualquier momento, y también podrá limitar el uso o divulgación de los datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales que proporcione a SCCF, acercándose a sucursal con el personal correspondiente.

☒ Consiento que los datos personales, sensibles, patrimoniales y/o financieros, tanto míos como los de mi hijo(a) menor de edad, representado legal, cónyuge, padres y/o hermano sean tratados conforme a los términos y condiciones del presente Aviso de Privacidad, así mismo manifiesto que obtuve el consentimiento expreso del titular de dichos datos personales, para su transferencia. Confirmando que puse a disposición del titular el presente Aviso de Privacidad.

☒ Consiento la transferencia de mis datos personales, patrimoniales y/o financieros, de conformidad con lo establecido en el presente Aviso de Privacidad.

C. José Castillo Valenzuela
Presidente del consejo de Administración de
SCCF

Rosa del Carmen Flores Valenzuela
Autorización del Socio
Firma y Nombre

CARTA MANIFIESTO O RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD

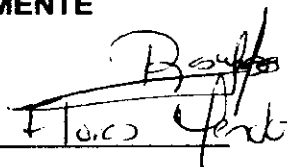
En Hermosillo Sonora, a 14, Marzo, 2024.

De conformidad con lo establecido por el artículo 12, párrafo final de la Ley General de Sociedades Cooperativas, manifiesto bajo protesta de decir verdad, la ratificación de mi voluntad de constituir e integrarme a Sociedad Cooperativa de Consumo Familiar de la Sección 54 del S.N.T.E S.C.L. (la "Cooperativa") y reconozco como propias las firmas que obran en el acta constitutiva de la Cooperativa referida.

De conformidad con la **cláusula 9** de las bases constitutivas actuales, manifiesto, bajo protesta de decir la verdad:

- Ser mayor de edad y ser trabajador de la educación afiliado a la sección 54 del S.N.T.E.
- Aceptar la misión y los objetivos de la Cooperativa
- Aceptar los principios y valores universales del cooperativismo
- Estar identificado con los objetivos de la Cooperativa
- Comprometerme a aportar recursos y trabajo para los fines sociales
- Comprometerme a cumplir con las bases constitutivas, los reglamentos y demás disposiciones que de ellos se deriven
- Suscribir un certificado de aportación y pagarlo en su totalidad, a través de descuentos en la clave AC por parte de "tesorería" en el plazo de pago elegido a consideración.

ATENTAMENTE


Rosa del Carmen Flores Yendira

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO



MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
FLORES
MENDOZA
ROSA DEL CARMEN
DOMICILIO
AV AMAPOLA PTE 8
FRACC FLORESTA 83170
HERMOSILLO, SON.

FECHA DE NACIMIENTO
19/02/1974

SEXO M



CLAVE DE ELECTOR FLMNRS74021926M700

CURP FOMR740219MSRLNS08

AÑO DE REGISTRO 1993 02

ESTADO 26

MUNICIPIO 049

SECCIÓN 0374

LOCALIDAD 0001

EMISIÓN 2015

VIGENCIA 2025





Foto del empleado

DIRECCION GENERAL DE PROCESOS DE NOMINA

Asunto: Constancia de Comprobante de Pago

Folio: DGPN-09093790

A quien corresponda:

El Suscrito Director General de Procesos de Nóminas de la Secretaría de Educación y Cultura del Estado de Sonora hace constar que el (la) C. ROSA DEL CARMEN FLORES MENDOZA con filiación: FOMR740219TU3 y pensión: 177411, ubicación: 8085, plaza: 00000000027208, y fecha de ingreso a SEC: 29/08/2013 se le efectuó pago y descuentos en la quincena: 202404 (2a. de Febrero), complementaria: 00 con número de recibo: 27631640 como a continuación se indican:

24541	ROSA DEL CARMEN FLORES MENDOZA		27631640
177411	8085	00000000027208	28-FEB-2024
FOMR740219TU3		E0117	\$0.00
\$0.00	\$5,670.79		\$2,463.13
		16-FEB-2024 28-FEB-2024	\$8,133.92
07	4,932.98	Q2	27.50 09 -53.21
35	1,313.68	18	-2,629.74 1H -53.21
MB	585.18	01	-903.41 60 -32.50
HD	562.83	75	-736.11 10 -20.00
06	246.65	03	-532.11 24 -9.46
HS	140.15	06	-292.66 16 -2.50
44	114.05	08	-212.84 50 -2.46
38	106.42	22	-137.37
38	104.48	30	-53.21

PERCEPCIONES

06 COMPLEMENTO DE SUELDO
07 SUELDO
35 COMPENSACION POR SERVICIOS ESPECIALES
36 DESPESA
44 PREV. SOCIAL MULTIPLE
40 AYUDA POR SERVICIOS A LA DOCENCIA
HS AYUDA PARA SERVICIOS
MB
Q2 QUINQUENIO 16-15

18 PRESTAMO PERSONAL CAJA DE AHORRO MAGISTERIAL
22 SEGURO DE RETIRO SECCION 54
24 SEGURO DE RETIRO ISSSTESON
30 FONDO DE CREDITO ISSSTESON
50 FIDEICOMISO PARA PENSIONADOS Y JUBILADOS MAGISTERIAL
60 PLAN DE SEGURO ABC DEL MAESTRO
75 PRESTAMO GASTO MEDICO MAGISTERIAL
1H INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

DEDUCCIONES

01 IMPUESTO FEDERAL
03 FONDO PENSION Y JUBILACIONES ISSSTESON
06 SERV. MEDICO ISSSTESON
08 CAJA AHORRO MAGISTERIO
09 CUOTA SINDICAL MAGISTERIO
10 SEGURO DE VIDA MAGISTERIAL
16 SEGURO DE VIDA ISSSTESON

A solicitud del interesado se extiende la presente constancia en la ciudad de Hermosillo, Sonora a los 12 días del mes de Marzo de 2024

ATENTAMENTE

L.A. JUAN CARLOS OCANA ZARAGOZA
COORDINADOR EJECUTIVO DE PROCESOS DE NOMINA



Verifique que los datos se muestren en:
<https://dgpn.sec.gob.mx/talones>

Este documento fue impreso a través de la plataforma de servicio gratuito de consulta e impresión de comprobantes de pago; para verificar su autenticidad favor de escanear el código QR con su celular



HOJA No. HSInt/ 1586138

HOJA DE SERVICIO ESTATAL**A QUIEN CORRESPONDA:**

EL QUE SUSCRIBE **MTRO. ANTONIO OROPEZA MONGE**, DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA, HACE CONSTAR QUE EN EL EXPEDIENTE PERSONAL DEL (LA) C.

FLORES MENDOZA ROSA DEL CARMEN**FILIACIÓN:** FOMR740219TU3**CURP:** FOMR740219MSRLNS09**PENSION:** 177411

QUE OBRA EN PODER DE ESTA SECRETARÍA, EXISTEN DOCUMENTOS QUE PERMITEN EXPEDIR CONSTANCIA DE LO SIGUIENTE:

FECHA DE INGRESO AL ESTADO:

29/08/2013

ALTA POR TIEMPO FIJO

ADMVO: 01-29/08/2013 AL / /

ALTA DEFINITIVA

ADMVO: 01-29/08/2013

FECHA DE RENUNCIA Y REINGRESO:**CLAVES PRESUPUESTALES:**

E0117 00000000027208 26EDI0015T

TIEMPO DE SERVICIO EN SEC:**ADMINISTRATIVO EN PLAZA****10 AÑOS, 6 MESES, 13 DIAS.****ADMINISTRATIVO TOTAL****10 AÑOS, 6 MESES, 13 DIAS.****TOTAL GENERAL****10 AÑOS, 6 MESES, 13 DIAS.**

SE EXPIDE ESTE DOCUMENTO EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA A.

ONCE DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO.

ATENTAMENTE

MTRO. ANTONIO OROPEZA MONGE
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Nota: La presente constancia tiene vigencia por 15 días, contados a partir de la fecha de su expedición. No deberá aceptarse si presenta tachaduras o enmendaduras.



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA
SUBSRIA. DE PLANEACION Y ADMINISTRACION
DIRECCION GRAL. DE RECURSOS HUMANOS

08-DRH-P12-F01/REV.00

"Documento sujeto a correcciones y modificaciones en base al contenido del expediente único de personal"

ATENTAMENTE



MTRO. ANTONIO OROPEZA MONGE
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA
SUBSRIA. DE PLANEACIÓN Y ADMINISTRACIÓN
DIRECCIÓN GRAL. DE RECURSOS HUMANOS

Nota: La presente constancia tiene vigencia por 15 días, contados a partir de la fecha de su expedición. No deberá aceptarse si presenta tachaduras o enmendaduras.

08-DRH-P12-F02/REV.00