



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 13 de Abril del 2024

ACEPTO DE CONFORMIDAD

TRALIA IVETH MORENO WARTÉ

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

No. de pensión 167392

Estatus:

ACTIVO ☒ Docente ☒ Personal ☐ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso 22-Agosto-2011
JUBILADO ☐ Docente ☐ Personal ☐ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso _____

Datos Personales

Nombre completo: Thalia Iveth Moreno Duarte CURP: M0D+890710MSRRRLH05

Estado Civil: casada RFC: M0D+890710FSL Fecha de nacimiento: 10/07/1989

Edad: 34 Nacionalidad Mexicana Correo electrónico: thaliamd89@gmail.com

Domicilio particular: Avenida Segunda #34 Col. El Dorado 1 Cananea
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)

Tel. fijo: _____ Tel. celular: 6451106543

Delegación o C.T. _____ Localidad Cananea Municipio Cananea

Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: _____ Tel. celular: _____ Nombre de la Escuela Leona Vicario

Localidad: Cananea Municipio: Cananea Puesto desempeñado (Especificar): _____



FIRMA DEL SOCIO

Thalia

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 SNTE 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	%
Amaya	Moreno	Maria José	hija	10	F	50%
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
Amaya	Moreno	Roberto Antonio	hijo	7	M	50%
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
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:

José Antonio Amaya Arzola

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



FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

FIRMA

Thalia Iveth Moreno Duarte
NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

COMPARECEN COMO TESTIGOS

NOMBRE: Jorge Armando Leyva

FIRMA: [Signature]

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

CARTA MANIFIESTO O RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD

En Hermosillo, Sonora, a 13, Abril, 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


THALIA IVETH MORENO DUARTE

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

No. PENSIÓN: 167392

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


THALIA IVETH MORENO DUARTE
Autorización del Socio
Firma y Nombre

MEXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
MORENO
DUARTE
THALIA IVETH

FECHA DE NACIMIENTO
10/07/1989

SEXO
M

DOMICILIO
C 20 DE NOVIEMBRE 92
COL NUEVO CANANEA 84620
CANANEA, SON.

CLAVE DE ELECTOR MRDRTH89071026M400

CURP MODT890710MSRRRH05 AÑO DE REGISTRO 2007 01

ESTADO 26 MUNICIPIO 015 SECCIÓN 0075

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2017 VIGENCIA 2027

INE

Thalia

RENUNDO JACOBINO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1645373953<<0075079046118
8907105M2712310MEX<01<<02880<9
MORENO<DUARTE<<THALIA<IVETH<<<

DIRECCION GENERAL DE PROCESOS DE NOMINA

Foto del empleado

Asunto: Constancia de Comprobante de Pago
Folio: **DGPN-08936307**

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. THALIA IVETH MORENO DUARTE** con filiación: **MODT890710F51** y pensión: **167392**, ubicación: **1912**, plaza: **00000000020841**, y fecha de ingreso a SEC: **22/08/2011** se le efectuó pago y descuentos en la quincena: **202401** (1a. de Enero), complementaria: **00** con número de recibo: **45966992** como a continuación se indican:

NÚMERO EMPLEADO		NOMBRE		NÚM. TALÓN	
20699		THALIA IVETH MORENO DUARTE		45966992	
PENSIONES		UBICACIÓN		FECHA DE PAGO	
167392		1912		15-ENE-2024	
FILIACIÓN		CLAVE PLAZA		INGRESO NOMINAL INTEGRADO	
MODT890710F51		E0321		\$0.00	
MONTOS DE PAGOS		PERCEPCIONES		IMPORTE	
\$0.00		\$5,849.35		\$2,994.45	
1-ENE-2024		15-ENE-2024		PERCEPCIONES	
				\$8,843.80	
IMPORTE		IMPORTE		IMPORTE	
07	6,813.95	18	-1,891.36	54	-114.45
SC	861.33	03	-749.67	30	-74.96
06	340.70	01	-721.66	1H	-74.96
39	219.00	69	-454.05	09	-72.99
E9	197.44	47	-452.35	60	-32.50
38	149.93	06	-412.32	10	-20.00
38	116.75	PH	-333.38	24	-9.46
44	104.75	08	-291.97	50	-3.40
Q2	39.95	22	-137.37	16	-2.50

PERCEPCIONES

06 COMPLEMENTO DE SUELDO
07 SUELDO
36 DESPENSA
39 MATERIAL DIDACTICO
44 PREV. SOCIAL MULTIPLE
E9 ASIGNACIÓN DOCENTE
Q2 QUINQUENIO 10-15
SC SERVICIOS COCURIculares

22 SEGURO DE RETIRO SECCION 54
24 SEGURO DE RETIRO ISSSTESON
30 FONDO DE CREDITO ISSSTESON
47 PRESTAMO REFACCIONARIO MAGISTERIAL
50 FIDEICOMISO PARA PENSIONADOS Y JUBILADOS MAGISTERIAL
54 SEGURO DE VIDA METILFE
60 PLAN DE SEGURO ABC DEL MAESTRO
69 PRESTAMO VIAJES MAGISTERIAL
1H INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
PH PLAN DE BENEFICIOS MULTIPLES

DEDUCCIONES

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

A solicitud del interesado se extiende la presente constancia en la ciudad de Hermosillo, Sonora a los 20 días del mes de Enero 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>