



SOCIEDAD COOPERATIVA DE CONSUMO FAMILIAR  
DE LA SECCIÓN 54 DEL S.N.T.E. S.C.L.  
SALVADOR DÍAZ MIRÓN No. 100 COL. PITIC  
HERMOSILLO, SONORA, MÉXICO.



**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 2022 por la cantidad de \$3,344.35 (Tres Mil Trescientos Cuarenta y Cuatro Pesos 35/100 m.n.).

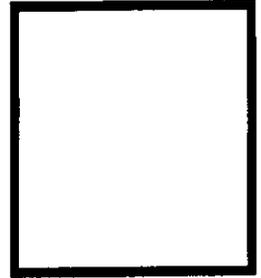
Asimismo, autorizo a Sociedad Cooperativa de Consumo Familiar de la Sección 54 del SNTE realice los trámites correspondientes ante la Secretaría de Educación y Cultura para el descuento vía nómina en la clave AC en los términos de la opción que señalo del cuadro siguiente:

OPCIÓN (MARQUE ELECCIÓN)	PLAZOS EN MESES	DESCUENTO QUINCENAL
<input type="checkbox"/> A	10	\$166.32
<input checked="" type="checkbox"/> B	15	\$111.49
<input type="checkbox"/> C	20	\$83.62

En la ciudad de Hermosillo, Sonora a 06 de Junio del 2023

ACEPTO DE CONFORMIDAD  
*Karla Alcaraz Villa*  
Karla Iveth Alcaraz Villa  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS



No. de pensión 197443

Estatus:

ACTIVO  Docente  Personal  OTRO (Especificar): \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso 16/08/2018  
JUBILADO  Docente  Personal  OTRO (Especificar): \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

### Datos Personales

Nombre completo: Karla Iveth Alcaraz Villa CURP: AAVK950504MSRLRR06  
Estado Civil: Soltera RFC: AAVK950504KT0 Fecha de nacimiento: 04/05/95  
Edad: 27 Nacionalidad Mexicana Correo electrónico: karlalcarazv@gmail.com  
Domicilio particular: Agropecuaria 1112 Agropecuaria Cananea  
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)  
Tel. fijo: 6453321568 Tel. celular: 6451071049  
Delegación o C.T. D-I-7 Localidad Cananea Municipio Cananea

### Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: 6456903685 Tel. celular: Ninguna Nombre de la Escuela Profr. Gilberto Castillo  
Localidad: Cananea Municipio: Cananea Puesto desempeñado (Especificar): Docente



**COOPERATIVA**  
SNTÉ 54 SIEMPRE!!!  
SIEMPRE EN LA OPCIÓN

28 FEB. 2024

FIRMA DEL SOCIO

Karla Alcaraz

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	%
Villa	Robles	Jvonne	Madre	52	F	100
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
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:

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



FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

FIRMA

*Karla Alcaraz*  
Karla Iveth Alcaraz Villa  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

**COMPARECEN COMO TESTIGOS**

NOMBRE: Jovanna Alheli Corrales Ginez FIRMA: JOVANNA CORRALES

NOMBRE: Sebastian Jesus Ruelas Nuñez FIRMA: [Signature]

**CARTA MANIFIESTO O RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD**

En Camora Sonora, a 06, Junio, 2023

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

*Karla Alcaraz*  
Karla Iveth Alcaraz Villa

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

No. PENSIÓN: 197443

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 [cfdsooperativa@hotmail.com](mailto:cfdsooperativa@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

Karla Iveth Alcaraz Villa  
Autorización del Socio  
Firma y Nombre