

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.).

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="radio"/> A	10	\$177.08
<input type="radio"/> B	15	\$118.05
<input checked="" type="radio"/> C	20	\$88.53

En la ciudad de Hermosillo, Sonora a 22 de Febrero del 20 24

ACEPTO DE CONFORMIDAD

MARHTA PATRICIA LOPEZ C.

MARHTA PATRICIA LOPEZ CAÑEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

No. de pensión 199107



Estatus:
ACTIVO Docente Personal OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso 28/08/2018
JUBILADO Docente Personal OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso _____

Datos Personales

Nombre completo: Martha Patricia López Cárrez CURP: L0CM731029MS RPX #08
Estado Civil: casada RFC: L0CM731029FS9 Fecha de nacimiento: 29-octubre-1973
Edad: 50 Nacionalidad Mexicano Correo electrónico: patricia_lopez73@hotmail.com
Domicilio particular: Ave. Peñalosa #9 Centro 83750 Aitar, Son.
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)
Tel. fijo: _____ Tel. celular: 6371220728
Delegación o C.T. D-II-44 Localidad Aitar, Municipio Aitar.

Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: _____ Tel. celular: 6371220728 Nombre de la Escuela Sec. N°10 Profr. Efraín Buenrastro
Localidad: Aitar Municipio: Aitar Puesto desempeñado (Especificar): Secretaria.



15 MAR. 2024
RECIBIDO
RFC SC6740802T33

FIRMA DEL SOCIO

Martha Patricia Lopez C.

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	%
Jiménez	López	Simón	Hijo	17	M	70
Apellido Paterno Jiménez	Apellido Materno Saavedra	Nombre(s) Simón	Esposo	44	M	30
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:

Jiménez Saavedra Simón

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

Martha Patricia Lopez C.
MARTHA PATRICIA LOPEZ CAÑEZ.

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

COMPARECEN COMO TESTIGOS

NOMBRE: Maira Azucena Juárez Arizon

FIRMA: Maira

NOMBRE: Angelica Rocío Zarzeta Rodríguez.

FIRMA: Angelica

REGISTRO DE PARTICIPANTES ADHERENTES FAMILIARES

C. Presidente del Consejo de Administración de Sociedad Cooperativa de Consumo Familiar de la Sección 54, solicito sean aceptados como candidatos a participantes adherentes familiares de la Sociedad Cooperativa, una vez que hayan solicitado su admisión y cubierto los requisitos establecidos por el Consejo de Administración, a mis siguientes familiares.

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR DEL SOCIO

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO			FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Año	Mes	Día	M	F
Esposo	Jiménez	Saavedra	Simón	1980	02	02	✓	

Declaro bajo protesta decir la verdad, que la información proporcionada es verídica.

MARHTA PATRICIA LOPEZ C.
MARHTA PATRICIA LOPEZ CAÑEZ
Nombre Completo y Firma del Socio

Nota importante:

Los participantes adherentes familiares solo podrán ser los siguientes:
Cónyuge, hijos(as) mayores de edad, padre o madre y hermanos (as).

No. PENSIÓN: 199107

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, 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

MARTHA PATRICIA LOPEZ C.
MARTHA PATRICIA LOPEZ CÁNEZ
Autorización del Socio
Firma y Nombre