

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

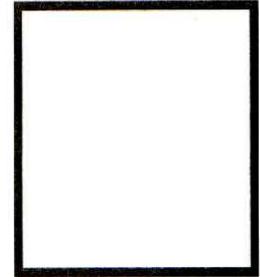
En la ciudad de Hermosillo, Sonora a 22 de Febrero del 20 24

ACEPTO DE CONFORMIDAD

*Alejandra Salgado Campos.*  
*Alejandra Salgado Campos.*  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

## ACTUALIZACIÓN DE DATOS

No. de pensión 518213



Estatus:

ACTIVO  Docente  Personal  OTRO (Especificar): \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso 3/Enero/2022  
JUBILADO  Docente  Personal  OTRO (Especificar): \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

## Datos Personales

Nombre completo: Alejandra Salgado Campos CURP: SACA791206MSRLML00  
Estado Civil: Divorciada RFC: SACA791206QNO Fecha de nacimiento: 6/12/79  
Edad: 44 Nacionalidad Mexicana Correo electrónico: alejandraSalgado701@gmail.com  
Domicilio particular: Alejandro Carrillo Av. Penabazca #55 Col. Buenos Aires C.P. 83750 Altar Son.  
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)  
Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: 63710 81528  
Delegación o C.T. D-11-44 Localidad Altar Municipio Altar

## Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: 6371081528 Nombre de la Escuela Sec #10 Prof Efraim Buenrostro  
Localidad: Altar Municipio: Altar Puesto desempeñado (Especificar): Intendente



**COOPERATIVA**  
**SNTE 54** SIEMPRE TU  
PRIMERA OPCIÓN

FIRMA DEL SOCIO

**RECIBIDO**  
15 MAR. 2024

R.F.C SCC740802T33

Alejandra Salgado Campos.

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	%
Madera	Salgado	Camila Alejandra	Hija	15	F	50
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
Madera	Salgado	Valentina	Hija	12	F	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:

Adrian Salgado Campos.

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 QUE A ÉSTOS LES CORRESPONDA. O COMO SU TUTOR A:

EN CASO DE CONTROVERSIA SE ESTARÁ INVARIABLEMENTE A LO QUE ESTABLECE LA LEGISLACIÓN CIVIL SONORENSE EN EL CAPITULO RELATIVO A SUCESIONES.



FIRMA

Alejandra Salgado Campos.  
Alejandra Salgado Campos.  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

**COMPARECEN COMO TESTIGOS**

NOMBRE: Ricardo Arocas López Morán

FIRMA: [Signature]

NOMBRE: Valles Lopez Yaniel

FIRMA: [Signature]

## AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL PARA SOCIOS

c. Alejandra Salgado Campos Socio:

Sociedad Cooperativa de Consumo Familiar de la Sección 54 del SNTE, SCL ("SCCF"), con domicilio en calle Salvador Díaz Mirón N° 100, Colonia. Pitic, C.P. 83150, Hermosillo, Sonora, México, de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; su Reglamento, lineamientos y demás disposiciones aplicables (la "Legislación"), hace de su conocimiento que es la responsable del uso y protección de los datos personales, sensibles, financieros y/ o patrimoniales, que Usted personal y directamente le proporciona.

Los datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales a los que tenga acceso SCCF serán tratados bajo los principios de consentimiento, información, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad, de conformidad con lo dispuesto por la Legislación, los cuales, de forma enunciativa y más no limitativa, consisten en los siguientes:

Socio: Nombre completo; Fecha de nacimiento; Fecha de ingreso a SCCF; Fecha de alta; Fecha de jubilación; Fecha de baja; Dirección completa; Localidad; Número telefónico; Número de teléfono celular; Dirección de correo electrónico; Número o clave de pensión; Escuela en la que labora; Categoría; Número de nómina; Identificación oficial con fotografía; Clave Única de Registro de Población ("CURP"); Clave del Registro Federal de Contribuyentes ("RFC"); Acta de nacimiento; Acta de defunción; Estado civil; Género; Nacionalidad; Nombre de beneficiarios y parentesco; Firmas; Sueldo nominal; Saldo de ahorro; Saldo de aportaciones; Hoja de servicio estatal expedida por la Secretaría de Educación y Cultura del Estado de Sonora ("SEC").

Familiares, beneficiarios y/o representados legales (en términos del Código Civil Federal): Nombre completo; Parentesco; Edad; Sexo,

Ocupación; Porcentaje de beneficio relativo al certificado de aportación; Identificación oficial con fotografía.

Para el acceso a programas de asistencia social, SCCF también podrá recabar datos personales sensibles de su(s) descendiente(s), beneficiarios, representado(s) legal(es), (en términos del Código Civil Federal) cónyuge, padres y/o hermanos.

Los datos personales sensibles a los que tenga acceso la SCCF se sujetarán a un tratamiento mayormente estricto y seguro, a efecto de garantizar la confianza y seguridad que de este tipo de datos se recaban.

Podrán tratarse otros datos personales, sensibles, financieros, y/o patrimoniales, que no estén mencionados anteriormente, siempre y cuando dichos datos se consideren de la misma naturaleza y no sean excesivos respecto a las finalidades para los cuales se recaban.

Los datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales que recabamos y que dan origen y son necesarios para la existencia y cumplimiento de la relación jurídica que establecemos con los Socios, tendrán las finalidades siguientes:

Integración de expediente del Socio; Elaboración y control de las cédulas testamentarias; Elaboración de estados de cuenta; Alta del Socio en el sistema físico e informático de SCCF; Elaboración de bitácora del Socio; Elaboración de pagarés; Verificación de su capacidad crediticia para el otorgamiento de créditos; Aplicación de descuentos vía nómina por créditos otorgados; Control de pagos; Para realizar las gestiones administrativas; Gestión y trámite a los beneficios y apoyos económicos que otorga SCCF dentro de los programas de asistencia social que tiene implementados.

## 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
Hermana	Salgado	Campos	Angelica María	1981	12	19		✓
Hermano	Salgado	Campos	Antonio	1980	12	30	✓	

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

Alejandra Salgado Campos.

Alejandra Salgado Campos

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).