

CARTA DE AUTORIZACIÓN DESCUENTO NÓMINA TRABAJADOR ACTIVO

H. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN 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
☐ A	10	\$177.08
☐ B	15	\$118.05
☐ C	20	\$88.53 ✓

En la ciudad de Hermosillo, Sonora a 22 de Marzo del 2024

ACEPTO DE CONFORMIDAD

Guila Martina León Ruiz
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

No. de pensión 61917

Estatus:

ACTIVO ☒ Docente ☐ Personal ☒ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso _____

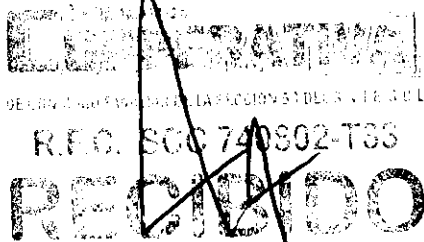
JUBILADO ☐ Docente ☐ Personal ☐ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso _____

Datos Personales

Nombre completo: Yucila Martina Leon Ruiz CURP: LERL72063045RUZC09
Estado Civil: Soltera RFC: LERL72063045RUZC09 Fecha de nacimiento: 30-10-72
Edad: 51 Nacionalidad: Mexicana Correo electrónico: martina.leon72@hotmail.com
Domicilio particular: Pueblo Alegre Nta. 69 Pueblo Alegre Hermosillo
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)
Tel. fijo: _____ Tel. celular: 6626343430
Delegación o C.T. 26E120110H Localidad Hermosillo Municipio Hermosillo

Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: no aplica Tel. celular: 6626343430 Nombre de la Escuela Supervisión Escolar X2
Localidad: Hermosillo Municipio: Hermosillo Puesto desempeñado (Especificar): Secretaria



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

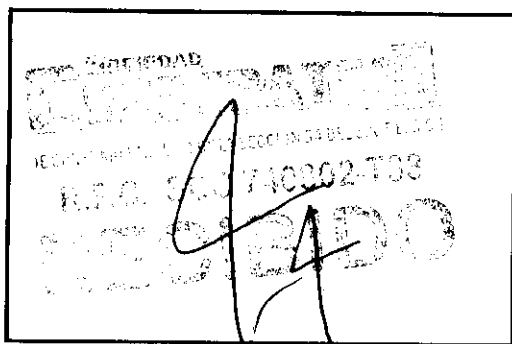
EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES CONSTITUTIVAS DE SOCIEDAD COOPERATIVA DE CONSUMO FAMILIAR DE LA SECCIÓN 54 DEL SNTE SCL, EN EL CAPÍTULO III CLAUSULA 05 Y CAPITULO X CLAUSULA 29, EN LO RELATIVO A LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SOBRE MIS CERTIFICADOS DE APORTACIÓN, ME PERMITO DESIGNAR A:

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			PARENTESCO	EDAD	SEXO	%
Ureña	Leon	Reina Gabriela	hija	30	F	30
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
Ureña	Leon	Carla Gpe.	hija	27	F	30
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)				
Ureña	Leon	Diana Angelica	hija	29	F	40
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

[Firma manuscrita]
Guala Martina Leon Rm 2
NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

COMPARECEN COMO TESTIGOS

NOMBRE: Jorge Leyva Estrada

NOMBRE: _____

FIRMA: *[Firma manuscrita]*

FIRMA: _____



CARTA MANIFIESTO O RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD

En Hermosillo, Sonora, a 22, 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

Julia Mariana León Ruiz

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

No. PENSIÓN: 61917

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.

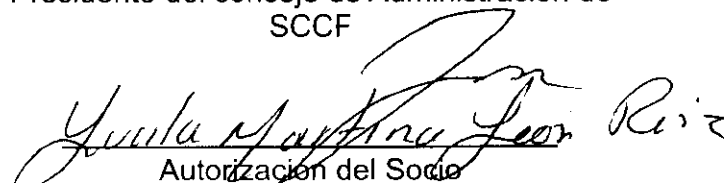
La confidencialidad de los datos personales, sensibles, financieros y/o patrimoniales, que nos proporciona, está garantizada y los mismos están protegidos por medidas de seguridad administrativa, técnica y física, para evitar su daño, pérdida, alteración, destrucción, uso, acceso o divulgación indebida.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


Autorización del Socio
Firma y Nombre



MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
LEON
RUIZ
LUCILA MARTINA

SEXO M



DOMICILIO
CD. PUEBLO ALEGRENTTE 89
FRACC PUEBLITOS SOC. P. ALEGRE 89118
HERNÁNDEZ, SON.

CLAVE DE ELECTOR LNRZLC72063028M000

CURP
LERL720630M0002099

FECHA DE NACIMIENTO
30/08/1972

AÑO DE REGISTRO
1983 02

SECCIÓN
1335

VIGENCIA
2022 - 2032

[Handwritten signature]

DIRECCION GENERAL DE PROCESOS DE NOMINA

Foto del empleado

Asunto: Constancia de Comprobante de Pago
Folio: **DGPN-09137361**

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. LUCILA MARTINA LEON RUIZ** con filiación: **LERL720630F85** y pensión: **61917**, ubicación: **9307**, plaza: **00000000026720**, y fecha de ingreso a SEC: **09/11/2005** se le efectuó pago y descuentos en la quincena: **202405** (1a. de Marzo), complementaria: **00** con número de recibo: **27708390** como a continuación se indican:

12087		LUCILA MARTINA LEON RUIZ		27708390	
61917		9307		00000000026720	
LERL720630F85		E0306		15-MAR-2024	
\$0.00		\$4,074.29		\$7,896.43	
1-MAR-2024		15-MAR-2024		\$11,970.72	
07	4,932.98	44	114.05	08	-213.38
32	2,178.10	38	106.69	22	-173.97
35	1,313.68	38	104.48	30	-53.34
BP	972.06	Q3	41.00	IH	-53.34
OI	672.87	18	-1,053.92	09	-53.34
MB	585.18	01	-906.35	60	-32.50
HD	562.83	01	-672.87	10	-20.00
06	246.65	03	-533.46	24	-9.46
HS	140.15	06	-293.40	16	-2.50

PERCEPCIONES

06 COMPLEMENTO DE SUFID
07 SUFID
32 PRIMA VACACIONAL
35 COMPENSACION POR SERVICIOS ESPECIALES
38 DESPESA
44 PRFV SOCIAL MULTIPLE
BP FONDO DE PRODUCTIVIDAD
HD AYUDA POR SERVICIOS A LA DOCENCIA
HS AYUDA PARA SERVICIOS
MB
OI OTROS INGRESOS GRAVABLES
Q3 QUINCENIO 15-20

09 CUOTA SINDICAL MAGISTERIO
10 SEGURO DE VIDA MAGISTERIAL
16 SEGURO DE VIDA ISSSTESON
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
IH INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

DEDUCCIONES

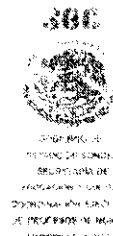
01 IMPUESTO FEDERAL
03 FONDO PENSION Y JUBILACIONES ISSSTESON
06 SERV. MEDICO ISSSTESON
08 CAJA AHORRO MAGISTERIO

A solicitud del interesado se extiende la presente constancia en la ciudad de Hermosillo, Sonora a los 22 dias 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