

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:

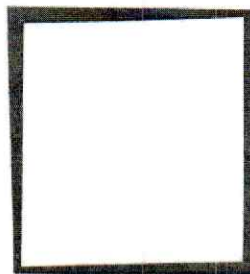
OPCIÓN (MARQUE ELECCIÓN)	PLAZOS EN MESES	DESCUENTO QUINCENAL
☐ A	10	\$177.08
☐ B	15	\$118.05
☒ C	20	\$88.53

En la ciudad de Hermosillo, Sonora a 12 de ABRIL del 20 24

ACEPTO DE CONFORMIDAD


ELVIN MANRÍQUEZ SOTO
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

ACTUALIZACIÓN DE DATOS



No. de pensión 84 635

Estatus:

ACTIVO ☒ Docente ☐ Personal ☐ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Ingreso: 3/10/93
JUBILADO ☐ Docente ☐ Personal ☐ OTRO (Especificar): _____ Fecha de Jubilación: _____

Datos Personales

Nombre completo: ELVIA MARRIQUEZ SOTO CURP: MASE620208MSRHTLT0

Estado Civil: CASADA RFC: MASE620208UP9 Fecha de nacimiento: 8 Feb - 1962

Edad: 62 Nacionalidad: MEXICANA Correo electrónico: elvia-marriguez-soto@hotmail.com

Domicilio particular: Lago Victoria # 2 LOS LAGOS Guaymas
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)

Tel. fijo: 622-222-17-62 Tel. Celular: 622 228 19 21

Delegación o C.T. D-1-70 Localidad GUAYMAS Municipio GUAYMAS

Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: _____ Tel. Celular: _____ Nombre de la Escuela FERNANDO F. DWORAK

Localidad: GUAYMAS Municipio: GUAYMAS Puesto desempeñado (Especifique): MAESTRA

FIRMA DEL SOCIO

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	%
FLORES	MANRIQUEZ	ELVIA LYDIA	HNA	39	M	40%
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)				
FLORES	MANRIQUEZ	JOSE LUIS	HNO	37	H	30%
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)				
FLORES	MANRIQUEZ	ALEXIS ALAN	HNO	32	H	30%
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 QUE A ÉSTOS LES CORRESPONDA.

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



FIRMA Y SELLO DE RECIBIDO

FIRMA

Elvia Manriquez Soto
ELVIA MANRIQUEZ SOTO
NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

COMPARECEN COMO TESTIGOS

NOMBRE: Claudia J. Espinoza Dgoz

FIRMA: _____

NOMBRE: Marco A Lopez Maltavera

FIRMA: _____

No. PENSIÓN: 84635

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

ELVIA MANRIQUEZ SOTO

Autorización del Socio
Firma y Nombre

CARTA MANIFIESTO O RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD

En Guaymas, Sonora, a 10, 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


ELVIA MANRÍQUEZ SOTO

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO



Foto del empleado

DIRECCION GENERAL DE PROCESOS DE NOMINA

Asunto: Constancia de Comprobante de Pago
Folio: DGNP-09178269

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. ELVIA MANRIQUEZ SOTO con filiación: MASE620208UP9 y pensión: 84635, ubicación: 2618, plaza: 00000000002251, y fecha de ingreso a SEC: 01/10/1993 se le efectuó pago y descuentos en la quincena: 202407 (1a. de Abril), complementaria: 00 con número de recibo: 46745828 como a continuación se indican:

NÚMERO EMPLEADO		NOMBRE			NÚMERO TALÓN	
4312		ELVIA MANRIQUEZ SOTO			46745828	
PENSIONES		UBICACION		CLAVE PRESUPUESTAL		FECHA DE PAGO
84635		2618		00000000002251		15-ABR-2024
FILIACION			CLAVE PAGO		INGRESO NOMINAL INTEGRADO	
MASE620208UP9			E0321		\$0.00	
MONTOS DE PAGOS			DEDUCCIONES		LIQUIDO	
\$0.00			\$7,586.14		\$1,321.90	
			1-ABR-2024 15-ABR-2024		PERCEPCIONES \$8,908.04	
IMPORTE		CLAVE		IMPORTE		IMPORTE
07	6,813.95	LO		5.80	SM	-200.00
SC	861.33	18		-2,520.72	19	-185.21
06	340.70	01		-1,068.76	IH	-75.59
39	219.00	FM		-881.70	30	-75.59
E9	197.44	03		-755.97	09	-73.62
38	151.19	66		-732.74	60	-32.50
38	116.75	06		-415.78	10	-20.00
44	104.75	08		-294.49	24	-9.46
Q5	97.13	22		-238.11	50	-3.40

PERCEPCIONES

06 COMPLEMENTO DE SUELDO
07 SUELDO
38 DESPESA
39 MATERIAL DIDACTICO
44 PREV. SOCIAL MULTIPLE
E9 ASIGNACION DOCENTE
LO ESTIMULO POR PREPARACION LICENCIATURA
Q5 QUINQUENIO 25 EN ADELANTE
SC SERVICIOS COCURRICULARES

DEDUCCIONES

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

18 PRESTAMO PERSONAL CAJA DE AHORRO MAGISTERIAL
19 PRESTAMO PRENDARIO MAGISTERIAL
22 SEGURO DE RETIRO SECCION 34
24 SEGURO DE RETIRO ISSSTESON
30 FONDO DE CREDITO ISSSTESON
60 FIDEICOMISO PARA PENSIONADOS Y JUBILADOS MAGISTERIAL
66 PRESTAMO VARIOS CAJA DE AHORROS MAGISTERIAL
FM FAMSA PROMOBIEH
IH INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
SM SEGURO MAGISTRAL

A solicitud del interesado se extiende la presente constancia en la ciudad de Hermosillo, Sonora a los 16 días del mes de Abril de 2024

ATENTAMENTE

L.A. JUAN CARLOS OCANA ZARAGOZA
COORDINADOR EJECUTIVO DE PROCESOS DE NOMINA



Verifique que los datos se muestren en:
<https://dgnp.sec.gob.mx/talones>

