



**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:

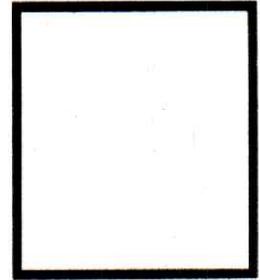
OPCIÓN (MARQUE ELECCIÓN)	PLAZOS EN MESES	DESCUENTO QUINCENAL
<input type="radio"/> A	10	\$177.08
<input type="radio"/> B	15	\$118.05
<input checked="" type="radio"/> C	20	\$68.53

En la ciudad de Hermosillo, Sonora a 16 de Abril del 2024

ACEPTO DE CONFORMIDAD

  
\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR (A)

# ACTUALIZACIÓN DE DATOS



No. de pensión 225277

Estatus:

ACTIVO  Docente  Personal  OTRO (Especificar): \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso 02/01/89  
JUBILADO  Docente  Personal  OTRO (Especificar): \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso \_\_\_\_\_

## Datos Personales

Nombre completo: AGUSTÍN RODRÍGUEZ RAMÍREZ CURP: R02RA600919HSRDNG01  
Estado Civil: Casado RFC: R02RA600919LV5 Fecha de nacimiento: 19/09/60  
Edad: 63 Nacionalidad Mexicana Correo electrónico: Agustinrodriguez22@hotmail.com  
Domicilio particular: Ramón Corona 750 Fracc: Virreyes Hermosillo  
(Calle y número) (Colonia y código postal) (Municipio)  
Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: 6622446499  
Delegación o C.T. DI IV Localidad Hillo Municipio Hillo

## Datos Laborales (Socio con estatus Activo)

Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. celular: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Puesto desempeñado (Especificar): \_\_\_\_\_



FIRMA DEL SOCIO

[Handwritten Signature]

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**

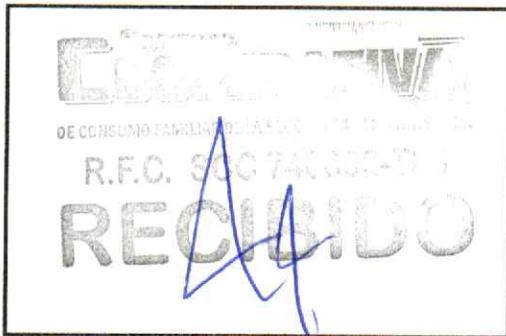
EN CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS BASES CONSTITUTIVAS DE SOCIEDAD COOPERATIVA DE CONSUMO FAMILIAR DE LA SECCIÓN 54 DEL SNTE SCL, EN EL CAPÍTULO III CLAUSULA 05 Y CAPITULO X CLAUSULA 29, EN LO RELATIVO A LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SOBRE MIS CERTIFICADOS DE APORTACIÓN, ME PERMITO DESIGNAR A:

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO			PARENTESCO	EDAD	SEXO	%
Ruiz	Romo	Lucrecia	Esposa	62	F.	70%
Apellido Paterno Rodriguez	Apellido Materno Ruiz	Nombre(s) Aris Paola	Hija	37	F	10
Apellido Paterno Rodriguez	Apellido Materno Ruiz	Nombre(s) Agustin Alan	Hijo	34	M	10
Apellido Paterno Rodriguez	Apellido Materno Ruiz	Nombre(s) Diego Alberto	Hijo	30	M	10
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

*Agustín Rodríguez Ramírez*

NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO

**COMPARECEN COMO TESTIGOS**

NOMBRE: Jorge Armando Leyva

FIRMA: *JA*

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_



## **CARTA MANIFIESTO O RATIFICACIÓN DE VOLUNTAD**

En Hermosillo, Sonora, a 16, 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**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOCIO**

No. PENSIÓN: 225277

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](mailto: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

*Agustín Rodríguez Ramírez*  
Autorización del Socio  
Firma y Nombre

PERCEPCIONES	43	2,334.53	
9	58,363.36	45	583.63
10	100.00	53	728.43
DEDUCCIONES	56	11.81	
21	1,400.00	58	29.18
23	1,396.96	65	728.43
25	2,334.53	71	803.52
28	10.00	81	2,270.96
40	14,122.42	133	646.37
42	40.00		

\$31,022.55

AGUSTIN RODRIGUEZ RAMIREZ

Fecha al mes de ABRIL de 2024

Proximo pago el 02 y 03 de Mayo de 2024

225277

01/04/2024

290

1

RAMON CORONA 750/REPUBLICA HAITI y C.A. 1271781

**SONORA**



AFILIACIÓN  
**130803**

PENSIÓN  
**225271**



NOMBRE **AGUSTIN RODRIGUEZ RAMIREZ**

ORGANISMO **MAGISTERIO**



DERECHO HABIENTE  
**Jubilado**

FECHA DE NACIMIENTO  
**19-Sep-1960**

ALERGIAS  
**NO**

SEXO  
**M**

PLAZA  
**BASE**

TIPO Y RH  
**B-**

ENFERMEDADES CRONICAS  
**HTA**

Historia Clínica



TELÉFONO **(662)1233294**

DOMICILIO **RAMON CORONA 750/REP. DE HAITI y  
COSTA DE HERMOSIL  
VIRREYES  
HERMOSILLO  
HERMOSILLO**

Mi Salud



*Juan*  
Director General