

FORMATO DE ADHESION AL FONDO DE AHORRO MAGISTERIAL (FAMA SEC-7) DE LA SECCION 7 DEL SNTE.



Blvd. Laguitos #4132 (planta baja)
Col. Laguitos-Electricista
Tuxtla Gtz. Chiapas
Tel: 961 14 7 09 54

C. PROFR. ERIC GALINDEZ JIMENEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DEL
FONDO DE AHORRO MAGISTERIAL.
(FAMA SEC-7).
PRESENTE.

	iuxtia Gutierrez, Chiap	oas a de	_ del
	e, otorgo mi pleno consentimiento , con el fin de tener acceso a to para tal efecto proporciono los siguientes dat	odos mis derechos y	al Fondo de Ahorro obligaciones que como
NOMBRE COMPLETO:			
RFC:			
CORREO ELECTRÓNICO:			
LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:			
REGION:			
DELEGACIÓN O C.T:			
DOMICILIO PARTICULAR:			
TELEFONO:			
CURP:			
INGRESO A SEF:(dd-mm-aaaa)			
AÑOS DE SERVICIO:			
			Visita:
	FIRMA		



AUTORIZACIÓN DE RETENCIÓN PARA CONCEPTO DE CRÉDITO

DR. JESUS ADOLFO GARCIA GONZÁLEZ COORDINADOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN FEDERALIZADA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE CHIAPAS PRESENTE.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 2 y 38 fracción II de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, por medio de la presente solicito tenga a bien ordenar la retención vía nómina, de la cantidad de
Nombre completo del solicitante:
RFC:
Categoría:
Área de Adscripción:
Monto que autorizó (número y letra):
Plazo en quincenas:
Fecha de inicio: — Fecha de Finiquito: — Fec
Asimismo, en este acto pido que los recursos descontados y administrados por el Fondo de Ahorro Magisterial (FAMA), sean supervisados por el Comité de Transparencia en términos de la Ley de Transparencia y acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Chiapas y demás disposiciones aplicables al caso, en términos del artículo 2º de la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado. Finalmente, otorgo de manera expresa mi consentimiento para verificar la legalidad de esta solicitud y llevar a cabo los trámites administrativos necesarios a fin de ser incorporado al Sistema de Ahorro y Crédito mencionado en esta solicitud, reteniendo el monto elegido en el presente formato.
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD , manifiesto que todos y cada uno de los datos aquí asentados son ciertos, por lo tanto, asumo cualquier responsabilidad que pudiera generarse como consecuencia de la información proporcionada.
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOLICITANTE

HUELLAS DACTILARES

(Ambos pulgares)

C.c.p Expediente del trabajador en Dirección de Personal de la Coordinación General de Administración Federalizada. C.c.p Fondo de Ahorro Magisterial (FAMA).



FONDO DE AHORRO MAGISTERIAL

" POR EL RESCATE DE LOS AHORROS DE LOS TRABAJADORES "

Blvd. Laguitos #4132 (planta baja) Col. Laguitos-Electricista Tel: 961 14 7 09 54 Tuxtla Gutiérrez Chiapas



FORMATO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

TUXTLA GUT	TIERREZ CHIAPAS; A	A DE _	DEL AÑ	ÑO	
INFORMACI	ÓN DEL SOCIO				
CLAVE DE SOCIO:		RFC:			
NÚMERO DE CUENTA:		REGIÓN:			
NOMBRE COMPLETO:	OMBRE COMPLETO:		DELEGACIÓN:		
DIRECCIÓN:					
TELEFONO:					
DENE					
NOMBRE COMPLETO	FICIARIOS:	ITESCO	PORCENTAJE	No. TELEFÓNICO	
NOMBRE COMITEETO	TANLI	112300	ONCLIVIAGE	No. TEELI ONICO	
BENEFICIARIO S	USTITUTO/ALB	ACEA			
NOMBRE COMPLETO	PARE	NTESCO	SUST. O ALBACEA	No. TELEFÓNICO	
Especificar una Albacea solo para menores de Edad, o un Beneficia	irio Sustituto cuando	o exista solo	un Beneficiario.		
TIPO DE ALTA: () Nuevo Ingreso () Cámbio de B	3eneficiarios				
Requisitos: a) Copia de último talón de cheque b) Copia de credencial de elector.					
*Escriba los datos Completos y sin Abreviaturas.					
SOCIO:					

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



FONDO DE AHORRO MAGISTERIAL

" POR EL RESCATE DE LOS AHORROS DE LOS TRABAJADORES "



Blv. Laguitos #4132 (planta baja) Col. Laguitos Electricista c.p. 29020) Tel: 01 961 14 7 09 54 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Solicitud de Préstamo

	TUXTLA GUTTER	KKEZ, CHIAPAS	Α	^{DE}	υ	<u> </u>
_	R DE SOCIO DE ESTE FONE L DE ACUERDO A LOS SIGU			ERIAL, M	E DIRIJO A USTI	EDES PARA SOLICITAR
CLAVE DE SOCIO:	INGRESO A SEF:			AÑOS D	E SERVICIO:	EDAD:
		dd mm	aaaa			
NOMBRE:					RFC:	
OOMICILIO:						
CURP:					TELEFONO:	
DELEGACIÓN:					REGIÓN:	
MONTO SOLICITADO:					DESCUENTO Q	NAL: \$
MONTO EN LETRA:						
PLAZO EN QUINCENAS:	24() 30() 36() 48()	60()	72()	84() 96()
CON ESTE DOCUMENTO DE	P BO Y PAGARÉ A NOMBRE DE F	A G A R	_	TERIAI SEC	7 DEL SNTE LA C	ANTIDAD DE
CON ESTE DOCUMENTO DE						ANTIDAD DE.
	MONTO EN NÚMERO (\$)	_	
()
•		MONTO EN LETRA	1			,
INSTALACIONES DE DICHO SNTE, ENVÍE EL RESPECTI PRÉSTAMO Y EN EL CASO CHIAPAS PARA EJERCER L	S INTERESES CORRESPONDIEN FONDO. ASIMISMO CON LA FI VO AVISO DE DESCUENTO A L DE OMISIÓN EN EL PAGO, PE A ACCIÓN CORRESPONDIENT ERECHO DE APLICAR INTERESI	RMA DE ESTE PA A INSTITUCIÓN A ROCEDA CONFOR E. ADEMAS EN I	GARÉ, AU A LA CUAL RME A LAS EL CASO I	TORIZO A F ESTOY ADS LEYES Y T DE INCUMP	FONDO DE AHORRI SCRITO(A), PARA E FRIBUNALES COMP PLIMIENTO DEL PA	D MAGISTERIAL SEC. 7 DEL IL PAGO QUINCENAL DE MI ETENTES DEL ESTADO DE
	TUXTLA GUTIÉRREZ, CH	IAPAS A		DE	DEL 20	
-	NOMBRE COMP	LETO Y FIRMA DI	EL SOLICIT	ANTE		

MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE TODOS Y CADA UNO DE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS Y, POR LO TANTO, NO INCURRO EN FALSEDAD, ADEMÁS, ME HE CERCIORADO DEL MONTO INHERENTE A CAPITAL MAS INTERESES, ASÍ COMO DEL PLAZO, DESCRITOS EN EL PAGARÉ INSERTO EN ESTA SOLICITUD Y DOY MI PLENO CONSENTIMIENTO A ESTE FONDO DE AHORRO PARA QUE EN CASO DE ERROR EN EL MONTO, PLAZO O LÍQUIDO INSUFICIENTE, SEA CANCELADO EL TRÁMITE DE MI PRÉSTAMO QUE AMPARA ESTE DOCUMENTO. EN CASO DE QUE PROCEDA MI SOLICITUD Y EXISTA DE MI PARTE UN INCUMPLIMIENTO DEL MONTO PACTADO, LE DOY LA FACULTAD AL COMITÉ TÉCNICO PARA QUE ME COBRE LOS INTERESES MORATORIOS DEL MONTO ASIGNADO.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SOLICITANTE

AUTORIZA:

SOLICITUD DE INGRESO AL SISTEMA DE AHORRO

C. MTRO. ERIC GALINDEZ JIMENEZ Presidente del Comité de administración FAMA Presente.

Por medio de la presente solicito a este ente jurídico, para que en términos de lo establecido por el artículo 36, fracción IV, de la Ley del Servicio Civil del Estado y los Municipios de Chiapas vigente, sea retenido el: 3 % de mis salarios quincenales, el cual será destinado al Sistema de Ahorro. Para lo cual proporciono los siguientes datos:

Nombre completo del solicitante: Categoría: Área de Adscripción: RFC:		
Asimismo, en este acto pido que los recursos descontados por concep Dirección de personal de la Coordinación General de Administración Fe de Ahorro Magisterial (FAMA) y supervisados por el Comité de Tran Transparencia y acceso a la Información Pública del Estado de Administrativas para el Estado de Chiapas y demás disposiciones aplica 2º de la Ley del Servicio Civil del Estado y los Municipios de Chiapas.	deralizada, adminis nsparencia en térm Chiapas, Ley de	trados por el Fondo ninos de la Ley de Responsabilidades
Por otra parte, solicito a usted que, a la conclusión de la relación obrervoluntario, renuncia, cese o por cualquier motivo en el que se dé por devueltos de manera íntegra mis ahorros con los respectivos interes presentada ante el Fondo de Ahorro Magisterial (FAMA).	terminada el víncul	o laboral, me sean
Finalmente, en caso de fallecimiento, designo como beneficiario (s) a: BENEFICIARIOS		
NOMBRE COMPLETO:	PARENTESCO:	PORCENTAJE:
BENEFICIARIO SUSTITUTO/ALBACEA: (O NOMBRE COMPLETO	PCIONAL) PARENTESCO	ALBACEA/SUSTITUTO
Nombrie dominiero	174421412333	/ KEB/KOE/ VOOOTITOTO
Especificar un Albacea sólo para menores de edad, o un Benefici beneficiario. Para efectos de que en caso de fallecimiento puedan cobrar el correspondiente hasta el día del fallecimiento del suscrito. Finalmente, manifiesto de manera expresa mi consentimiento, para llev necesarios a fin de ser incorporado al Sistema de Ahorro, reteniendo formato.	ahorro respectivo /ar a cabo los trám	a partir del alta
Lo anterior para los efectos administrativos conducentes.		
NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR SOLICITANTE		

HUELLAS DACTILARES

(Ambos pulgares)

C.c.p. Interesado