



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



Blvd. Laguitos #4132 (planta baja)

Col. Laguitos-Electricistas  
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Tel: 961 14 7 09 54

C. PROF. ERIC GALINDEZ JIMENEZ

PRESIDENTE DEL COMITÉ DEL  
FONDO DE AHORRO MAGISTERIAL.  
(FAMA SEC-7).  
PRESENTE.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_

Por medio del presente, otorgo mi pleno consentimiento para adherirme al Fondo de Ahorro Magisterial (FAMA SEC-7) del SNTE, con el fin de tener acceso a todos mis derechos y obligaciones que como socio de nuevo ingreso me corresponda, para tal efecto proporciono los siguientes datos:

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA

Visita:





# FONDO DE AHORRO MAGISTERIAL

" POR EL RESCATE DE LOS AHORROS DE LOS TRABAJADORES "

Bld. Laguitos #4132 (planta baja)

Col. Laguitos-Electricistas

Tel: 961 14 7 09 54

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.



## FORMATO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS; A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL AÑO \_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SOCIO:

CLAVE DE SOCIO: _____	RFC: _____
NÚMERO DE CUENTA: _____	REGIÓN: _____
NOMBRE COMPLETO: _____	DELEGACIÓN: _____
DIRECCIÓN: _____	
TELÉFONO: _____	

### BENEFICIARIOS:

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE	No. TELEFÓNICO

### BENEFICIARIO SUSTITUTO/ALBACEA

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	SUST. O ALBACEA	No. TELEFÓNICO

Especificar una Albacea solo para menores de Edad, o un Beneficiario Sustituto cuando exista solo un Beneficiario.

TIPO DE ALTA:            ( ) Nuevo Ingreso      ( ) Cambio de Beneficiarios

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

## SOLICITUD DE INGRESO AL SISTEMA DE AHORRO

**C. MTRO. ERIC GALINDEZ JIMENEZ**  
**Presidente del Comité de administración FAMA**  
**P r e s e n t e.**

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 conceptos de ahorro, sean vía nómina por la Dirección de personal de la Coordinación General de Administración Federalizada, administrados por el Fondo de Ahorro Magisterial (FAMA) y 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 del Servicio Civil del Estado y los Municipios de Chiapas.

Por otra parte, solicito a usted que, a la conclusión de la relación obrero-patronal, ya sea por jubilación, retiro voluntario, renuncia, cese o por cualquier motivo en el que se dé por terminada el vínculo laboral, me sean devueltos de manera íntegra mis ahorros con los respectivos intereses generados, previa petición escrita presentada ante el Fondo de Ahorro Magisterial (FAMA).

Finalmente, en caso de fallecimiento, designo como beneficiario (s) a:

BENEFICIARIOS		
NOMBRE COMPLETO:	PARENTESCO:	PORCENTAJE:
BENEFICIARIO SUSTITUTO/ALBACEA: (OPCIONAL)		
NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	ALBACEA/SUSTITUTO

Especificar un Albacea sólo para menores de edad, o un Beneficiario Sustituto cuando exista un solo beneficiario.

Para efectos de que en caso de fallecimiento puedan cobrar el ahorro respectivo a partir del alta correspondiente hasta el día del fallecimiento del suscrito.

Finalmente, manifiesto de manera expresa mi consentimiento, para llevar a cabo los trámites administrativos necesarios a fin de ser incorporado al Sistema de Ahorro, reteniendo el porcentaje elegido en el presente formato.

Lo anterior para los efectos administrativos conducentes.

**NOMBRE Y FIRMA**  
**DEL TRABAJADOR SOLICITANTE**

---

**HUELLAS DACTILARES**  
(Ambos pulgares)

C.c.p. Interesado

C.c.p Expediente del trabajador en Dirección de Personal de la Coordinación General de Administración Federalizada