

ESTE FORMATO ES ILUSTRATIVO, PARA REALIZAR ESTE TRAMITE ACUDIR PERSONALMENTE A CAJA DE AHORRO SECCION 40

SOLICITUD DE INGRESO AL SISTEMA DE AHORRO

RATIFICACIÓN NUEVO INGRESO

Follo: _____

C. Prof. Enaln Camacho Cruz
Presidente de la Caja de Ahorros y Préstamos del
Magisterio del Estado de Chiapas de la Sección 40 del SNTE.
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: 1 % de mis salarios quincenales, el cual será destinado al Sistema de Ahorro. Para lo cual proporciono los siguientes datos:

Nombre completo del (la) solicitante: _____
 Categoría: _____
 Área de Adscripción: _____
 RFC: _____

Asimismo, en este acto pido que los recursos descontados por conceptos de ahorro, sean vía nómina por la Coordinación General de Recursos Humanos de la Secretaría de Hacienda, administrados por la Caja de Ahorros y Préstamos del Magisterio del estado de Chiapas de la Sección 40 del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación 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 2° 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 la Caja de Ahorros Préstamos del Magisterio del Estado de Chiapas.

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

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

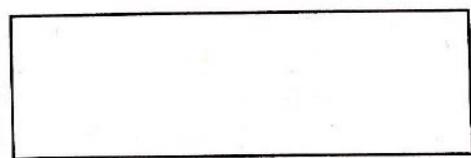
Especificar un Albacea sólo para menores de edad, o un Beneficiario Sustituto cuando exista un solo beneficiario.

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

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 (LA) TRABAJADOR (A) SOLICITANTE**



**HUELLAS DACTILARES
 (Ambos pulgares)**

C.c.p. Interesado (a)
 C.c.p. Expediente del trabajador en Dirección de Administración de Personal de la Coordinación General