**SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA CAJA DE AHORRO PRESKUANTO S. C.**

Monterrey, Nuevo León a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMITÉ TÉCNICO DE LA CAJA DE AHORRO PRESKUANTO, S.C.**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matrícula o No. de empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de la institución denominada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con domicilio en:

**Domicilio actual:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calle y número:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Colonia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Municipio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **CP:**  \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |  | |

**Datos de contacto:**

**Celular:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefono Hogar:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Telefono Oficina:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Email:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De la manera más atenta, solicito el ingreso a la **CAJA DE AHORRO PRESKUANTO, S.C.** en calidad de **“Socio Ordinario”** de acuerdo a los estatutos establecidos por la sociedad, a partir de esta fecha, para participar de los beneficios como trabajador de la empresa antes mencionada.

Hago constar que conozco y acepto el reglamento establecido por el COMITÉ DE LA CAJA DE AHORRO PRESKUANTO, S.C., y así mismo autorizo a la empresa en términos de la FRACCIÓN IV del ARTÍCULO NO. 110 de la LEY FEDERAL DEL TRABAJO para que, a través de su conducto, retenga de mi sueldo mi aportación por el valor de $1.00 (Un peso 00/100) y lo entreguen a la CAJA DE AHORRO.

**NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BANCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **NO. CUENTA:**  **CLABE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Autorizo a la empresa: **HOSPITAL LA CARLOTA, S. C.,** para que, en caso de separación laboral, se me descuente de mi finiquito los adeudos pendientes de pago a la CAJA DE AHORRO PRESKUANTO, S.C.

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO**

Designo como beneficiario(s) y de acuerdo a los siguientes porcentajes, para que, en caso de fallecimiento, se les sea entregado el saldo de mi ahorro y/o rendimiento, después de descontar adeudos pendientes:

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICIARIO 1:** | **Porcentaje:** \_\_\_\_\_ |
| **BENEFICIARIO 2:** | **Porcentaje:** \_\_\_\_\_ |
| **BENEFICIARIO 3:** | **Porcentaje:** \_\_\_\_\_ |
| **BENEFICIARIO 4:** | **Porcentaje:** \_\_\_\_\_ |
|  |  |

**DOCUMENTACIÓN ANEXA (original y copia)**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN OFICIAL**  INE [ ]  CARTILLA MILITAR [ ]  PASAPORTE [ ]  CÉDULA PROFESIONAL [ ] | **COMPROBANTE DE DOMICILIO**  CFE [ ]  AGUA Y DRENAJE [ ]  TELÉFONO [ ]  ESTADO DE CUENTA [ ] |

**AVALES DE ACUERDO AL ARTÍCULO NO. 32 DEL REGLAMENTO:**

**AVAL** **HOSPITAL LA CARLOTA, S. C.,** **Porcentaje:**  100%

Atentamente,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOMBRE Y FIRMA

**PARA SER LLENADO POR EL ADMINISTRADOR FINANCIERO DE LA ORGANIZACIÓN EMPLEADORA**

**Escalafón + Sobresueldo:** \_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y RESPONSABLE SOLIDARIO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ADMINISTRADOR FINANCIERO**

Nombre y firma

**Fecha de autorización:** Monterrey, Nuevo León a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_.