

Ciudad de México a ____ de ____ de 20 ____

Yo _____ trabajador(a) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y afiliado al **Sindicato Único de Trabajadores de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (SUTUACM)**, con número de empleado: _____, puesto: _____, adscrito(a) al área: _____ del plantel: _____ con nivel salarial: _____ presentando como identificación: _____ y correo electrónico institucional UACM y correo electrónico personal para recibir notificaciones: _____.

Solicito se me otorgue el apoyo, que el **Sindicato Único de Trabajadores de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México**, otorga a sus afiliados(as) en caso de defunción de un familiar directo, en primera línea, es decir: madre, padre esposo(a), hijo(a), hermano(a).

Se anexa a la presente solicitud, copia de los siguientes documentos y en original solo para su cotejo; favor de indicar según sea el caso:

Esposa		Hija		Madre		Hermana	
Esposo		Hijo		Padre		Hermano	
Acta de defunción Acta de matrimonio Constancia de Concubinato (en caso de no estar casados) Identificación oficial (IFE o credencial vigente de la UACM) Último recibo de nómina		Acta de defunción Acta de nacimiento del hijo(a) Acta de nacimiento del trabajador Identificación oficial (IFE o credencial vigente de la UACM) Último recibo de nómina		Acta de defunción Acta de nacimiento del trabajador Identificación oficial (IFE o credencial vigente de la UACM) Último recibo de nómina		Acta de defunción Acta de nacimiento del hermano(a) Acta de nacimiento del trabajador Identificación oficial (IFE o credencial vigente de la UACM) Último recibo de nómina	

Nota: El apoyo se entregará sólo al solicitante.

Firma de la o el afiliado solicitante: _____

Nombre y firma de quién recibió y cotejó: _____

COORDINACIÓN EJECUTIVA

FORMATO DE SOLICITUD DE APOYO POR DEFUNCIÓN DE UN FAMILIAR

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL DE "APOYO POR DEFUNCIÓN DE FAMILIAR"

IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO, con domicilio en calle **Dr. García Diego 164**, colonia **Doctores**, **Alcaldía Cuauhtémoc**, código postal **06720**, **Ciudad de México**, es el responsable del uso y protección de sus datos personales. Al respecto le informamos lo siguiente:

Esta declaración se aplica a la **APOYO POR DEFUNCIÓN DE FAMILIAR**

DATOS PERSONALES Y FINALIDADES DEL TRATAMIENTO

Los datos personales que recabamos de usted de manera directa a través de su entrega personal serán tratados teniendo en consideración que otorgó su consentimiento para tales efectos, mismos que se describen a continuación:

DATOS PERSONALES DE PERSONAS FÍSICAS	FINALIDADES NECESARIAS (PRIMARIAS)	CONSENTIMIENTO
Nombre del trabajador	Dato personal requerido para realizar el registro de la solicitud del afiliado Emitir el cheque del apoyo de defunción	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Número de empleado	Dato laboral requerido para realizar el registro de la solicitud del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Puesto	Dato laboral requerido para realizar el registro de la solicitud del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Área de adscripción	Dato laboral requerido para realizar el registro de la solicitud del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Plantel o sede	Dato laboral requerido para realizar el registro de la solicitud del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Nivel salarial	Dato laboral requerido para realizar el registro de la solicitud del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Tipo de identificación	Dato laboral requerido para realizar el registro de la solicitud del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Correo electrónico	Dato de contacto del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Teléfono	Dato de contacto del afiliado	CONSENTIMIENTO TÁCITO
Firma del afiliado	Dato personal que se requiere para acreditar la solicitud	CONSENTIMIENTO TÁCITO
DATOS PERSONALES SENSIBLES	FINALIDADES PRIMARIAS	CONSENTIMIENTO
Acta de defunción del familiar (Identificador electrónico, CURP, Número de certificado de defunción, Entidad de registro, Municipio de registro, Oficialía, Libro, Acta, Fecha de registro, Nombre completo, Sexo, Estado civil, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, Entidad de registro de nacimiento, Nacionalidad, Fecha de defunción, Hora de defunción, Lugar de defunción, Destino del cadáver, Causas de defunción, Anotaciones marginales)	- Para iniciar un proceso de entrega de recursos - Verificar que la persona falleció	SI, EXPRESO Y POR ESCRITO Coloque su nombre y firma _____
Acta de nacimiento del trabajador (Identificador electrónico, CURP, Entidad de Registro, Municipio de Registro, Oficialía, Fecha de registro, Libro, Número de acta, Nombre, Sexo, Fecha de nacimiento, Lugar de nacimiento, Nombre del padre, Nacionalidad del padre, Lugar de nacimiento del padre, CURP del padre, Nombre de la madre, Nacionalidad de la madre, CURP de la madre, Anotaciones marginales)	Para identificar parentesco del trabajador con el familiar fallecido	SI, EXPRESO Y POR ESCRITO Coloque su nombre y firma _____

FINALIDADES SECUNDARIAS

Se informa que no se realizan finalidades secundarias con los datos recabados.

TRANSFERENCIAS DE DATOS PERSONALES

Se hace de su conocimiento que podremos transferir datos personales a petición de las autoridades competentes con la finalidad de atender requerimientos que estén debidamente fundados, motivados y con un mandato legal. Ante este escenario hacemos de su conocimiento que dentro de los terceros a los que se puede transferir dichos datos se incluyen dependencias de gobierno solo en los casos que la Ley estipula.

PARA EJERCICIO DE DERECHOS ARCO

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que le damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que usted solicite la baja de la afiliación (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para finalidades distintas en el presente aviso (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para ello, deberá ponerse en contacto con **LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA DEL SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Procedimiento para el ejercicio del Derecho ARCO

Enviar un correo electrónico a: transparencia@sutuacm.mx el cual deberá contener lo siguiente para solicitar acceso a sus derechos ARCO:

- I. El nombre del titular y domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud;
- II. Los documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del titular;
- III. La descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados, y los derechos a los cuales quiere acceder;
- IV. Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales.

El **Sindicato Único de Trabajadores de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México** se comunicará con el titular, en un plazo máximo de veinte días hábiles, contados desde la fecha en que se recibió la solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición, la determinación adoptada, a efecto de que, si resulta procedente, se haga efectiva la misma dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que se comunica la respuesta. Tratándose de solicitudes de acceso a datos personales, procederá la entrega previa acreditación de la identidad del solicitante o representante legal, según corresponda. Los plazos antes referidos podrán ser ampliados una sola vez por un periodo igual, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

MECANISMOS LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE SUS DATOS PERSONALES

Con objeto de que usted pueda limitar el uso y divulgación de su información personal, le ofrecemos los siguientes medios:

Usted podrá limitar el uso o divulgación respecto de la totalidad de los datos personales sujetos a tratamiento, informados en el presente aviso de privacidad, enviando su solicitud a la siguiente dirección electrónica: transparencia@sutuacm.mx. Los requisitos para acreditar su identidad, así como el procedimiento para atender su solicitud se regirán por los mismos criterios generados en el apartado anterior.

EL USO DE TECNOLOGÍAS DE RASTREO EN NUESTRO PORTAL DE INTERNET

El **SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO** no utiliza tecnología de rastreo ya que no obtiene datos personales de ningún portal de internet.

CAMBIOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades; de nuestras prácticas de privacidad; o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través del envío de un correo electrónico: transparencia@sutuacm.mx del **SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO** donde se enviará a disposición el aviso de privacidad integral.

El procedimiento a través del cual se llevarán a cabo las notificaciones sobre cambios o actualizaciones al presente aviso de privacidad es a través de un correo enviado de la siguiente cuenta de correo electrónico: transparencia@sutuacm.mx registrado en el **SINDICATO ÚNICO DE TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

Última actualización: 8 de junio de 2026