



FINANCIERA FORTALEZA
Crédito Descuento Por Nómina
Lista de Verificación

Nuevo en Campo X
Nuevo en Sucursal _____
Renovación en Campo _____
Renovación en Sucursal _____

Financiera Fortaleza

Sucursal: IZTAPALAPA

Cliente: NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA

Fecha: 13 de FEBRERO de 2020

Folio 2619

No. Cliente _____

Asesor Coordinador Mesa
Control

REQUISITOS			OBSERVACIONES
N° de Plazas <u>1</u> Recibos de nómina _____			
Identificación Oficial			IFE vigente, Pasaporte vigente o Cédula profesional
Comprobante de Domicilio			Teléfono, Predial, Agua, Luz, TV paga, Cuenta Bancaria
Mismo Nombre			
Otro Nombre			
Igual al centro de trabajo			
Estado de cuenta			
Antigüedad <u>1</u> Edad <u>51</u>			SEP. Restricción de plazo cuando existe opción a jubilación
Obligado Solidario			Identificación y comprobante de domicilio
CAPACIDAD DE PAGO			
Líquido base (el menor de los recibos)	20000		
Capacidad de Pago	19600		28% SEP y UT, 30% IMSS Y UNAM
CRÉDITO			REF. PERSONALES TEL. FIJO O CELULAR
Día de desembolso	13/02/2020		1.- Nombre: REF I
Fecha de primer descuento			REF I REF I
Monto máx. plazo = Cap. Pago / Cuota Tabla	301635,91		1234567895
Monto del Crédito	25000		Tel. Fijo o Cel.: 1234567892
Plazo: Quincenas <input type="checkbox"/>			2.- Nombre: REF II
Meses <input checked="" type="checkbox"/>	24		REF II REF II
Descuento: Monto x Cuota	1624,47		6548921031
Cobertura: Capacidad pago/descuento			Tel. Fijo o Cel.: _____
SOLICITUD-CONTRATO, PAGARÉ Y CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL DESCUENTO			CENTRO DE TRABAJO DEL CLIENTE
R.F.C.	X		Escuela/Oficina: PRUEBA 1
Domicilio	X		Calle y Numero: PRUEBA 1 1
Importe	X		Delegación/Municipio: Mazatlán
Plazo	X		Entidad Federativa: Sinaloa
Firmas Originales	X		Tel. Fijo / Ext. 4253614694 1
Nombre del Asesor JHOVANA LEYVA SALDAÑA			NOTAS:
Nombre del Coordinador			
Nombre de Mesa de Control			

SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONAL
FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/ACREDITADA

FOLIO DE SOLICITUD

2619

FECHA DE SOLICITUD

13/02/2020

Asesor:

JHOVANA LEYVA SALDAÑA

Plazo:

Catorcenas ☐
Quincenas ☐
Meses ☒

Importe del Crédito:

\$ 25000

Sucursal:

IZTAPALAPA

No. de parcialidades:

24

Importe de cada parcialidad:

\$ 1624,47

Fecha primer pago:

Dependencia:

Instituto Mexicano del Seguro Social

☐ Comisión Nacional Paritaria☐ Confianza y Mando☐ Jubilado y Pensionado IMSS☒ Pensionado Ley

→Matrícula: 12E

▶NSS: 123456789

▶Grupo: 1

☐ Secretaría de Educación Pública☐ SEP Estatal (especificar):☐ Universidad Nacional Autónoma de México☐ Universidad Tecnológica☐ Otra, especificar:

Datos Solicitante/Acreditada

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

NORMA LETICIA

RODRIGUEZ

MAYTORENA

Identificación Oficial

☐ IFE/INE☒ Cédula Profesional☐ Otro:

Género:

M ☒ H ☐

Estado Civil:

☒ Soltero(a)☐ Casado(a)

Nacionalidad:

☒ Mexicana☐ Otra, especificar:

RFC (con homoclave)

ROMN680825LW2

Fecha Nacimiento:

DD MM AAAA
25 08 1968

Estado de Nacimiento:

Baja California Sur

País de Nacimiento:

☒ México☐ Otro, especificar:

CURP

ROMN680825MBSDYR07

País de Residencia:

☒ México☐ Otro, especificar:

Tipo y No. de Forma Migratoria (solo en caso de extranjeros):

Ocupación: empleado de

Sector:

☒ Educación☐ Salud☐ Jubilado o Pensionado☐ Otro, especificar:

Puesto:

☐ Académico☒ Administrativo☐ Servicios☐ Jubilado o Pensionado

Años de antigüedad en el puesto:

1

Ingreso Neto mensual:

☒ De 0 a \$25,000.00 pesos Mx☐ De \$25,000.00 a \$50,000.00 pesos Mx☐ Más de \$50,000.00 pesos Mx

Domicilio

*Domicilio/ Calle, Número Exterior, Número Interior

CALLE

1

*El solicitante/acreditada manifiesta bajo protesta de decir verdad que el domicilio declarado es el domicilio en que actualmente vive. Asimismo, manifiesta que los datos que ha proporcionado en la presente solicitud son verídicos.

Colonia, Delegación, Municipio- Estado

VIADUCTO PIEDAD

Iztacalco

Ciudad de México

☒ México

Entre qué calles:

ENTRE CALLES

Número Celular (10 dígitos)

() 1234567895

TELCEL

Teléfono propio/recados:

*Dirección electrónica (campo obligatorio):

letty.r.mtics@gmail.com

Teléfono trabajo/ Ext.:

4253614694

1

Referencias Personales

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

Teléfono Casa

Teléfono Celular

Parentesco

REF I

REF I

REF I

1234567895

1234567892

TIO

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

Teléfono Casa

Teléfono Celular

Parentesco

REF II

REF II

REF II

6548921031

TIO

Medios de disposición del crédito

☐ Pago en ventanilla☒ Depósito en cuenta:

Nombre de la Institución Bancaria:

021 HSBC

No. Cuenta clabe o tarjeta:

0 2 1 5 6 9 4 7 8 5 1 2 3 6 5 4 7 8

Destino del crédito

Necesidades Personales

Negocio Agricultura:

Vivienda Mejoramiento:

Educación:

Vehículos:

Necesidades de Otras Personas:

Nombre completo:

Parentesco del beneficiario:

Negocio Manufactura:

Vivienda Hipoteca:

Bienes de consumo y turismo:

Funerales:

Negocio Comercio:

Salud y emergencias:

Horario Estudiante

WILCHES FERREIRA CRISTIAN
ALEJANDRO

Codigo:1310013342

Periodo: 2020 - 1

Hora	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado
06:40:00 p.m. - 08:10:00 p.m.	Diseño de Algoritmos					Opción Grado
08:20:00 p.m. - 09:50:00 p.m.	Diseño de Algoritmos					Opción Grado

Materias Virtuales

Codigo Materia	Nombre
----------------	--------

Pagaré

FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V. SOFOM ENR

<input type="radio"/>	CREDITO NÓMINA B	RECA 3308-140-021642/
<input type="radio"/>	SEP PUEBLA- NOMINA B	RECA 3308-140-021904/
<input checked="" type="radio"/>	CRÉDITO CON PAGO VÍA NÓMINA IMSS	RECA 3308-140-017439/

PAGARÉ

Por el presente pagaré, los (as) suscriptores(as) se obligan a pagar incondicionalmente a Financiera Fortaleza S.A. de C.V. SOFOM ENR, la cantidad de \$ 25000 (VEINTICINCO MIL PESOS PESOS 00/100 M.N.) en la ciudad de México, D.F. o en cualquier otra en la que nos sea requerido el pago del presente documento a la vista, la cantidad recibida a mi entera satisfacción.

El importe principal de éste PAGARÉ, causará intereses a razón de una tasa del 40,44 % anual más IVA, intereses que serán calculados sobre la base de la tasa anual dividida entre trescientos sesenta y multiplicada por los días efectivamente transcurridos entre la fecha de éste PAGARÉ y la fecha de la última amortización del crédito.

Los (las) suscriptores (as) se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales de la Ciudad de México, D.F. o a los del domicilio de los (las) suscriptores (as) a elección del actor, renunciando expresamente a cualquier otra jurisdicción a que se tenga derecho por cualquier causa.

Ciudad de México D.F. a los 13 días del mes de FEBRERO de 2020.

Nombre y Firma del Solicitante / Acreditada

NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA

Nombre

Firma

MANDATO DE PAGO

Ciudad de México a 13 de **FEBRERO** de 2020

[**IMSS**] (el "Patrón")
PRESENTE

El suscrito, **NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA**, (el "Deudor") en este acto he recibido por parte de Financiera Fortaleza, S.A. de C.V., Sociedad Financiera de Objeto Múltiple, Entidad no Regulada (el "Acreedor"), toda la información y en todos sus términos, de manera clara y precisa, el contenido y alcance de las obligaciones, derechos y consecuencias que pudieran derivar de la celebración de un Contrato de Crédito de Nómina con el Acreedor y del pago del monto del crédito de nómina de que se trate y sus accesorios, para lo cual autorizo expresamente al Patrón, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 2553, 2554 y 2596 del Código Civil Federal y de sus correlativos en los Códigos Civiles de las entidades federativas de los Estados Unidos Mexicanos ("México") para que en nombre y por cuenta del Deudor, a partir de la fecha de suscripción del presente mandato: a) Pague a favor del Acreedor, o su cesionario o causahabiente o benefactor, según corresponda, de las percepciones que recibo vía nómina, la cantidad que corresponde al importe total a pagar mediante amortizaciones consecutivas e ininterrumpidas, conforme a la descripción que se en la tabla siguiente; y b) Entregue al Acreedor las cantidades a que se refiere el inciso a) anterior, mediante depósito o transferencia electrónica a la cuenta número 0193978664, CLABE 012180001939786645, a nombre de Deutsche Bank México, S.A. F 1297 Cobranza, del banco BBVA-Bancomer, o a la cuenta que en su caso le notifique el Acreedor al Patrón, dentro de un plazo que no excederá de 5 (cinco) días naturales contados a partir del día en que el Deudor reciba su salario o pensión, manifestando que me comprometo a cumplir con dichas obligaciones en su totalidad, para lo cual firmo la presente solicitud por voluntad propia y a mi entera satisfacción.

Importe del pago mensual, quincenal o catorcenal.	1624,47
Número de pagos que deban efectuarse por la cantidad anterior:	24
Días de Pago:	30

En relación con lo anterior, se informa al Patrón que el presente mandato especial de pago no podrá ser revocado por el Deudor sin el consentimiento previo y por escrito del Acreedor toda vez que se constituye como medio para cumplir las obligaciones del Deudor bajo el citado contrato, y que por lo tanto lo otorga conforme a lo dispuesto en el artículo 2596 y demás aplicables del Código Civil Federal y de sus correlativos en los Códigos Civiles de las entidades federativas de México.

ATENTAMENTE

Nombre: **NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA**

RFC: **ROMN680825LW2**

Firma: _____

TESTIGOS

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

El otorgamiento del crédito respectivo por Financiera Fortaleza, S.A. de C.V., Sociedad Financiera de Objeto Múltiple, Entidad no Regulada, deberá considerarse como la aceptación expresa a la estipulación establecida en su favor en el presente documento.

POLIZA
CL07160101

CERTIFICADO

Fecha de Alta del Certificado: 13/02/2020

Fecha de Fin de Vigencia del Certificado: _____

Fecha de Inicio y fin de vigencia de la Póliza: _____

Contratante	
Nombre o Razón Social	RFC
FINANCIERA FORTALEZA SA DE CV SOFOM ENR	FF0080625NK5
Domicilio	
Av. Prado Norte No. 550 Piso 1 Col. Lomas de Chapultepec 1 Secc., Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11000	

Asegurado	
Nombre	RFC
NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA	ROMN680825LW2
Domicilio	Fecha de Nacimiento
CALLES VIADUCTO PIEDAD 1 Ciudad de México 08200	25/08/1968

Otorgo mi consentimiento de la manera más amplia para pertenecer al Grupo Asegurado en los términos de la Póliza de Seguro de Grupo Vida Deudores Credit Life solicitada a Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V. de acuerdo con la inscripción en el registro de asegurados.

☒ Solicito que el Contratante me entregue la documentación contractual por escrito y de manera impresa.

☐ Estoy de acuerdo y otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual me sea entregada en formato PDF (*portable document format*), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través mi correo electrónico.

Lo anterior en el entendido de que en términos de lo dispuesto en la fracción II del Artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades usted podrá solicitar a Pan-American México el Certificado correspondiente en cualquier momento.

Si el Asegurado no recibe, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes de haber contratado el Crédito los documentos a que hace mención la presente Cláusula, deberá hacerlo del conocimiento de la Compañía, comunicándose al teléfono 50472544 o al 01800 212 5599; para que a elección del Asegurado la Compañía le haga llegar su Certificado Individual a través de correo especializado, correo certificado o correo electrónico.

Coberturas

Cobertura	Empleados Activos	Jubilados-Pensionados	Suma Asegurada o Regla para determinarla	Periodo de Carencia	Periodo de Espera
Fallecimiento	X	X	Saldo Insoluto	No aplica	No aplica
Invalidez Total y Permanente	X	N/A	Saldo Insoluto	No aplica	120 días
Enfermedades Graves	X	N/A	Saldo Insoluto	No aplica	No aplica
Desempleo	X	N/A	6 Meses de Mensualidad de Crédito	1 Mes	1 Mes

Exclusiones

Usted puede consultar las exclusiones de las coberturas de fallecimiento en las cláusulas 2.1.2., 3.4.3. y 3.8.5. de las condiciones generales del seguro.

Designación de Beneficiarios

En este acto designo como Beneficiario irrevocable de este seguro, respecto de las coberturas de Fallecimiento y en su caso Invalidez Total y Permanente o Desempleo Involuntario o Enfermedades Críticas al Contratante hasta el Saldo Insoluto por tratarse de un seguro que tiene por objeto garantizar el Crédito concedido por el Contratante a mi favor sujeto a y de conformidad con lo estipulado en las condiciones generales y particulares de este seguro. *[Para el resto de las coberturas, designo como mis beneficiarios para que, en su caso, reciban la indemnización correspondiente a las siguientes personas.]*

Nombre	Domicilio	Porcentaje
Financiera Fortaleza S.A. de C.V. SOFOM ENR	Prado Norte No. 550, Col. Lomas Chapultepec, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000	100%

En caso de requerir más espacio, favor de anexar una hoja adicional.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

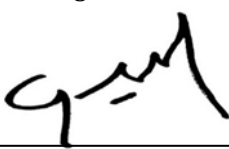
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en su contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La Compañía se obliga a notificar al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el Contrato de Seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Compañía pague al Contratante del seguro el importe del Saldo Insoluto. Para fines de lo anterior, el Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía.

Firma del Contratante

Firma del Asegurado
(13 / 02 / 2020)


Funcionario Autorizado

Transcripción que corresponde del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurable, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

DATOS DE CONTACTO

Para atención al Asegurado: Centro de Contacto CDMX (52 55) 50472544 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas y al correo electrónico: emisionmex@palig.com

Para atención al Asegurado sobre Siniestros: Centro de Contacto CDMX (52 55) 50472546 de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 horas y al correo electrónico: mesadecontrol@palig.com

Para acceso a la unidad especializada de la Compañía: CDMX (52 55) 50472504 y larga distancia: 01800 212 5577 de lunes a jueves de 9 a 17 horas y viernes de 9 a 14 horas. Correo Electrónico: une@palig.com;

En caso de requerir acudir ante la CONDUSEF, lo puede hacer en el domicilio de sus oficinas centrales ubicado en Av. Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle Ciudad de México. C.P 03100 o en cualquiera de sus delegaciones regionales o metropolitanas, puede llamar al Centro de Atención Telefónica (CAT): 01 800 999 80 80, desde cualquier parte del país, y 53 400 999, para la Ciudad de México y zona metropolitana o mandar un correo electrónico a asesoria@condusef.gob.mx. Usted también puede consultar su página de internet en <http://www.condusef.gob.mx>

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento en nuestra página de internet, el Aviso de Privacidad de Pan American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., mismo que podrá ser modificado de tiempo en tiempo.

DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Antes y durante la contratación del seguro usted tiene derecho a:

- a)** Solicitar a los Agentes o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales;
- b)** Solicitar se le informe el importe de la Comisión que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF;
- c)** Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.
- d)** Evitar si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno, relativo al tipo de examen que se la ha aplicado.

Una vez ocurrido el siniestro, usted tiene derecho a:

- a)** Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro;
- b)** Cobrar una indemnización por mora a Pan-American México, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas;
- c)** Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.
- d)** Conocer, a través de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, si es beneficiario en una póliza de seguro de vida a través del Sistema de Información sobre Asegurados y Beneficiarios de Seguros de Vida (SIAB-Vida).

*El extracto de sus condiciones generales ha sido entregado al contratante de la presente póliza.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de abril de 2019, con el número CNSF-S0119-0068-2019 / CONDUSEF-003616-01.



FORMATO DE DOMICILIACIÓN
AUTORIZACIÓN PARA DOMICILIACIÓN DE RECIBOS Y/O PAGOS

FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V., SOFOM E.N.R.
Prado Norte 550, Lomas de Chapultepec, C.P. 11000, Ciudad de México, México.

NOMBRE DEL TITULAR: **NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA** NÚMERO DE CRÉDITO: _____
IMPORTE TOTAL \$ **25000** MONTO MÁXIMO FIJO DEL CARGO AUTORIZADO POR PERIODO \$ _____
PARCIALIDADES \$ **1624.47** PERIODICIDAD: **24** Mensual ☒ Catorcenal ☐ Quincenal ☐

Opción 1																			
CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA																			
BANCO DE LA CTA. BANCARIA: 021 HSBC																			
Clabe	<input checked="" type="checkbox"/> <table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>5</td><td>6</td><td>9</td><td>4</td><td>7</td><td>8</td><td>5</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>7</td><td>8</td></tr></table>	0	2	1	5	6	9	4	7	8	5	1	2	3	6	5	4	7	8
0	2	1	5	6	9	4	7	8	5	1	2	3	6	5	4	7	8		
Cuenta	<input type="checkbox"/> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Opción 2																			
CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA																			
BANCO DE LA CTA. BANCARIA: _____																			
Clabe	<input type="checkbox"/> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Cuenta	<input type="checkbox"/> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Opción 3																			
CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: _____																			
BANCO DE LA CTA. BANCARIA: _____																			
Clabe	<input type="checkbox"/> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
Cuenta	<input type="checkbox"/> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		

Solicito y autorizo al(los) banco(s) para que realice(n) por mi cuenta los cargos periódicos por los conceptos que en este documento se detallan, con cargo a mi(s) cuenta(s) bancaria(s) identificada(s) por la(s) CLABE o número(s) de cuenta indicado(s). Convengo en que el(los) banco(s) quedan liberados de toda responsabilidad si FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V., SOFOM, E.N.R. ejerciera acciones de cobro a la(s) cuenta(s) antes señalada(a) a mi nombre, derivado de(los) contrato(s) de crédito celebrados entre FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V., SOFOM, E.N.R. y el que suscribe; y que el(los) bancos(s) no estará(n) obligado(s) a efectuar ninguna reclamación a FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V. SOFOM, E.N.R., ni gestiones de cobro por multas, sanciones o cobros indebidos.

Esta autorización es por un plazo indeterminado. Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA	_____
Nombre del titular	Firma del titular

Ciudad y Fecha **Ciudad de México** **13/02/2020**



Financiera Fortaleza

Carta de Instrucción

Lugar Iztacalco	Fecha 13/02/2020	No. Contrato
Ciudad de México		

SOLICITANTE

Apellido Paterno	RODRIGUEZ	Matricula o NSS:	123456789	Grupo:	1				
Apellido Materno	MAYTORENA	Delegación:	HIDALGO	Clave:	13				
Nombres (S)	NORMA LETICIA	Trabajador	Estatuto "A"	Jubilado y/o Pensionado	Pensionado Ley	Comisión Nacional Paritaria			
		Clave:	01 04	Clave:	00	Clave:	10 11	<input checked="" type="checkbox"/>	

CRÉDITO

T.I Mensual %	CAT	Importe del crédito solicitado M.N.	Importe del descuento en nómina M.N.	Total de descuentos a aplicar	Frecuencia de pago	Importe del crédito a pagar con intereses en M.N.
3,37	48,84	\$ 25000	\$ 1624,47	24	<input type="checkbox"/> Quincenal <input checked="" type="checkbox"/> Mensual	\$ 38987,28

AUTORIZACIÓN

Por medio de la presente, solicito y expreso mi consentimiento, a efecto de que el Instituto Mexicano del Seguro Social retenga de mis percepciones en nómina, el importe y en la frecuencia de pago señalado en la sección de crédito del presente documento.

Lo anterior, con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones adquiridas por mi persona, por el crédito que me ha sido otorgado y al cual se hace referencia en el presente documento.

Los importes resultantes, deberán ser entregados a la Sociedad denominada FINANCIERA FORTALEZA S.A DE C.V. SOFOM ENR conforme a las políticas y condiciones que para tales efectos establezca el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Así mismo, hago de su conocimiento que las retenciones correspondientes a los montos, intereses y condiciones de crédito, son reconocidos y aceptados por mi parte, mismos que no afectan mi patrimonio familiar.

En virtud de que el Instituto Mexicano del Seguro Social, no se considera, ni se considerará por ningún motivo, como aval ni deudor solidario respecto del crédito que me fue otorgado, lo libero en este acto de cualquier responsabilidad presente o futura que pudiera presentarse y como consecuencia de ello, reconozco y acepto que todas las aclaraciones derivadas del citado crédito, las deberé realizar directamente ante Financiera Fortaleza S.A DE C.V SOFOM ENR.

Manifiesto que he proporcionado información personal a la citada sociedad, motivo por el cual el Instituto Mexicano de Seguro Social, no será responsable del uso y/o divulgación de la misma.

Finalmente, manifiesto bajo protesta de decir verdad, que el importe total del crédito, de acuerdo a mi solicitud, ha sido depositado en mi cuenta de nómina asignada por el Instituto, con los siguientes datos:

Número de cuenta:	47851236547	<div>Huella Digital</div>
Número de CLABE:	021569478512365478	
Banco:	021 HSBC	
<div>NORMA LETICIA RODRIGUEZ MAYTORENA</div> <div>El Solicitante, Nombre y Firma</div>		

Revisó:	FINANCIERA FORTALEZA S. A. DE C. V. SOFOM ENR.
	JHOVANA LEYVA SALDAÑA
	EL Promotor, Clave, Nombre y Firma
Autorizó:	
	El Representante Legal de FINANCIERA FORTALEZA
	La entidad financiera se obliga a entregar al sujeto beneficiario la tabla de amortización financiera del crédito.
El solicitante y Financiera Fortaleza S.A DE C.V SOFOM ENR se obliga en este acto, a dejar en paz y salvo al Instituto Mexicano del Seguro Social, respecto de cualquier controversia o conflicto presente o futuro, que pudiera derivarse del otorgamiento del crédito a que hace referencia la presente Carta de institución.	