



Asesor:	ASESOR	Plazo:	Catorcenas <input checked="" type="checkbox"/> Quincenas <input checked="" type="checkbox"/> Meses <input checked="" type="checkbox"/>	Importe del Crédito:	\$ MONTO
Sucursal:	SUCURSAL	No. de parcialidades:	PLAZO	Importe de cada parcialidad:	\$ DESCUENTO
				Fecha primer pago:	

Dependencia:

Instituto Mexicano del Seguro Social		<input type="radio"/> Secretaría de Educación Pública
<input type="radio"/> Comisión Nacional Paritaria	→ Matricula: MATRICULA	<input type="radio"/> SEP Estatal (especificar):
<input type="radio"/> Confianza y Mando		<input type="radio"/> Universidad Nacional Autónoma de México
<input type="radio"/> Jubilado y Pensionado IMSS		<input type="radio"/> Universidad Tecnológica
<input checked="" type="radio"/> Pensionado Ley	► NSS: NSS	<input type="radio"/> Otra, especificar:
	► Grupo: GRUPO	

Datos Solicitante/Acreditada

Nombre(s) sin abreviaturas	Apellido Paterno	Apellido Materno
NOMBRES	PRIMER_APELLIDO	SEGUNDO_APELLIDO
Identificación Oficial	Género:	Estado Civil:
<input checked="" type="checkbox"/> IFE/INE	M <input checked="" type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Soltero(a)
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula Profesional	Fecha Nacimiento:	<input checked="" type="checkbox"/> Casado
<input checked="" type="checkbox"/> Otro: IDENTIFICACION OFICIAL	DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Nacionalidad: NACIONALIDAD
RFC (con homoclave)	País de Nacimiento:	<input checked="" type="checkbox"/> México
RFC	<input checked="" type="checkbox"/> México	<input checked="" type="checkbox"/> Mexicana
	<input checked="" type="checkbox"/> Otro, especificar: PAIS_NACIMIENTO	<input checked="" type="checkbox"/> Otra, especificar: NACIONALIDAD
CURP	País de Residencia:	Tipo y No. de Forma Migratoria (solo en caso de extranjeros):
CURP	<input checked="" type="checkbox"/> México	FORMA_MIGRATORIA
	<input checked="" type="checkbox"/> Otro, especificar: PAIS_RESIDENCIA	

Ocupación: empleado de

Sector:	Puesto:	Años de antigüedad en el puesto:	Ingreso Neto mensual:
<input checked="" type="checkbox"/> Educación	<input checked="" type="checkbox"/> Académico	ANTIGÜEDAD	<input checked="" type="checkbox"/> De 0 a \$25,000.00 pesos Mx
<input checked="" type="checkbox"/> Salud	<input checked="" type="checkbox"/> Administrativo		<input checked="" type="checkbox"/> De \$25,000.00 a \$50,000.00 pesos Mx
<input checked="" type="checkbox"/> Jubilado o Pensionado	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios		<input checked="" type="checkbox"/> Más de \$50,000.00 pesos Mx
<input checked="" type="checkbox"/> Otro, especificar:	<input checked="" type="checkbox"/> Jubilado o Pensionado		

Domicilio

*Domicilio/ Calle, Número Exterior, Número Interior			
DOMICILIO_CALLE	NUMERO_EXTERIOR_DOMICILIO	NUMERO_INTERIOR_DOMICILIO	
*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			
COORDENADAS_DOMICILIO	DELEGACION_DOMICILIO	ENTIDAD_DOMICILIO	<input checked="" type="checkbox"/> México
Entre qué calles:			Código Postal: Años Residencia:
ENTRE_CALLES_DOMICILIO			CODIGO_POSTAL_DOMICILIO
Número Celular (10 dígitos)			*Dirección electrónica (campo obligatorio):
04() CELULAR			EMAIL_CONTACTO
Teléfono propio/recados:			Teléfono trabajo/ Ext.:
TELEFONO_PROPIO			TELEFONO_FIJO EXTENSION

Referencias Personales

Nombre(s) sin abreviaturas	Apellido Paterno	Apellido Materno	Teléfono
NOMBRE_REFERENCIA1	APELLIDO1_REFERENCIA1	APELLIDO2_REFERENCIA1	TELEFONO_REFERENCIA1
Nombre(s) sin abreviaturas	Apellido Paterno	Apellido Materno	Teléfono
NOMBRE_REFERENCIA2	APELLIDO1_REFERENCIA2	APELLIDO2_REFERENCIA2	TELEFONO_REFERENCIA2

Medios de disposición del crédito

Destino del crédito

<input checked="" type="checkbox"/> Pago en ventanilla	<input checked="" type="checkbox"/> Depósito en cuenta:	Necesidades Personales	
Nombre de la Institución Bancaria:		Negocio Agricultura: <input checked="" type="checkbox"/>	Negocio Manufactura: <input checked="" type="checkbox"/>
BANCO		Vivienda Mejoramiento: <input checked="" type="checkbox"/>	Negocio Comercio: <input checked="" type="checkbox"/>
No. Cuenta clabe o tarjeta:		Vivienda Hipoteca: <input checked="" type="checkbox"/>	Salud y emergencias: <input checked="" type="checkbox"/>
CLABE		Bienes de consumo y turismo: <input checked="" type="checkbox"/>	
		Funerales: <input checked="" type="checkbox"/>	
		Necesidades de Otras Personas:	
		Nombre completo:	
		Parentesco del beneficiario:	

El solicitante manifiesta y está de acuerdo en qué:	
1. El modelo de Contrato de Adhesión y las condiciones particulares bajo las cuales se formalizará el crédito fueron hechas de su conocimiento al momento de la firma de esta solicitud.	
2. El contrato de adhesión se encuentra en el Registro de Contratos de Adhesión de CONDUSEF bajo el número:	
<div><div></div>CRÉDITO NÓMINA B</div>	RECA 3308-140-021642/07-03139-0618
<div><div></div>SEP PUEBLA- NÓMINA B</div>	RECA 3308-140-021904/06-01138-0318
<div><div>X</div>CRÉDITO CON PAGO VÍA NÓMINA IMSS</div>	RECA 3308-140-017439/11-01139-0318
3. Una vez aprobado el crédito que solicita mediante la firma del presente documento y que sean puestos a su disposición los recursos por Financiera Fortaleza, S.A. de C.V. SOFOM E.N.R., esta le enviará el Contrato de Adhesión y su carátula con los datos relativos al crédito otorgado, mediante correo electrónico a la *Dirección electrónica que señala en el presente formulario.	
4. El crédito que se solicita no causa comisión de ningún tipo, ni por la disposición del crédito, ni por la terminación anticipada, ni por causa de mora.	
5. Conoce el alcance y efectos del contrato, obligándose en todos y cada uno de los términos asentados en el mismo.	
Datos complementarios	
¿Usted Desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? En caso positivo especificar. Puesto: PERIODO DE EJECUCIÓN SI X NO X	
¿Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? En caso positivo especificar: SI X NO X	
Nombre: NOMBRE_FAMILIAR Parentesco/Relación: Puesto: PUESTO_FAMILIAR PERIODO_EJERCICIO_FAMILIAR	
Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con FINANCIERA FORTALEZA y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento y disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? SI X NO X	
En caso de ser positivo, especificar nombre de la persona: BENEFICIARIO	
¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establezca con "FINANCIERA FORTALEZA", sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos" SI NO X	
Declaro bajo protesta de decir verdad, que los recursos con los que he de pagar el crédito, son de procedencia lícita, producto de mi trabajo y de fuentes legales, así como también declaro bajo protesta de decir verdad que, en caso de que el crédito me sea otorgado, lo usaré para fines lícitos.	
Autorizaciones de la Acreditada	
1. Aviso de Privacidad: Manifiesto que FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR y su marca Bayport México hizo de mi conocimiento su Aviso de Privacidad, con el cual estoy de acuerdo, el cual puedo consultar en cualquier momento en la página web www.bayport.com.mx. SI X NO	
2. Autorización para uso de datos.- Los datos personales de la ACREDITADA ingresados en la solicitud, carátula y contrato serán utilizados exclusivamente con finalidades de mercadeo, para comunicar novedades, promociones y demás información de FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR y su marca Bayport México. SI X NO	
3. Autorizaciones de Seguro.- a)De acuerdo a lo establecido en la cláusula Décima Séptima del Clausulado del contrato, es requisito indispensable para la contratación del crédito de nómina que LA ACREDITADA cuente con un seguro de vida con las siguientes coberturas:	
<div><div>a) Fallecimiento.</div><div>b) Enfermedades Graves</div><div>c) Incapacidad Total y Permanente.</div><div>d) Desempleo involuntario</div></div>	<div><div>De 18 a 80 años.</div><div>De 18 a 64 años.</div><div>Trabajadores en activo, de 18 a 65 años.</div><div>Trabajadores en activo, de 18 a 64 años.</div></div>
Usted cuenta con un Seguro de Vida con estas características: a) SI NO X	
En caso de contar con uno o contratar con un tercero el Seguro de Vida con estas coberturas, deberá anexar copia simple de la póliza que ampara este seguro.	
b) En caso de no contar con el Seguro de Vida, Financiera Fortaleza le ofrece y Usted acepta el Seguro de Vida con las coberturas requeridas de PanAmerican México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V.: Otorgo mi consentimiento para que a mi nombre y representación Financiera Fortaleza S.A. DE C.V. SOFOM ENR contrate un seguro de vida, en los términos del Certificado-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 y el certificado que me es proporcionado en este momento. b) SI X NO	
4.- Autorización y Consentimiento de Utilización de Medios Electrónicos.- Acepto, reconozco y otorgo mi consentimiento para que la FINANCIERA a través de sus equipos, sistemas electrónicos y/o automatizados o cualquier otra tecnología los utilice como medios de identificación, o como constancias de las instrucciones recibidas, operaciones futuras o los servicios prestados por la FINANCIERA a mi persona, como SOLICITANTE O ACREDITADA, los cuales producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos con mi firma autógrafa, y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio. Las grabaciones, cintas magnéticas, mensajes de datos o cualquier otro medio y/o dispositivo que resulten del uso de medios electrónicos constituirán y acreditarán el consentimiento para la creación, transmisión, modificación o extinción de los derechos y obligaciones de las partes, conforme al cláusula Décima Octava del clausulado del contrato. SI ACEPTO X NO ACEPTO	
La SOLICITANTE/ACREDITADA manifiesta que entiende el contenido y alcance de las autorizaciones indicadas en el apartado anterior "Autorizaciones de la Acreditada", por lo que ha seleccionado libre y voluntariamente la opción que eligió (sí/no) por lo que manifiesta su CONSENTIMIENTO en aquellas que ha seleccionado con (SI/ SI ACEPTO), obligándose conforme a lo dispuesto en el clausulado del contrato plasmando su firma a continuación:	
Nombre completo solicitante/acreditada: NOMBRE_COMPLETO	
Firma solicitante/acreditada:	
Huella Digital	
Comentarios (espacio exclusivo para ser llenado por el Asesor)	
* El Asesor declara bajo protesta de decir verdad que los datos asentados en el presente formato han sido aportados y recabados directamente del cliente como resultado de la entrevista que le fue realizada así como del conocimiento del mismo. Adicionalmente certifica que la copia de los documentos integrados en el expediente del cliente fueron revisados y cotejados contra los documentos originales.	
Nombre y firma del Asesor ASESOR	
Autorización para solicitar reportes de crédito a Sociedades de Información Crediticia	
Por este conducto autorizo expresamente a FINANCIERA FORTALEZA, S.A.DE C.V. SOFOM ENR, para que por conducto de sus funcionarios facultados lleve a cabo Investigaciones, sobre mi comportamiento Crediticio en las Sociedades de Información Crediticia que estime conveniente. Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, del uso que FINANCIERA FORTALEZA, S.A.DE C.V. SOFOM ENR hará de tal información y de que ésta podrá realizar consultas periódicas de mi historial crediticio, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un periodo de 3 años contados a partir de la fecha de su expedición y en todo caso durante el tiempo que mantengamos relación jurídica.	
Estoy consciente y acepto que este documento quede bajo propiedad de (Razón Social del Cliente y/o Sociedad de Información Crediticia consultada) para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para Regular a Las Sociedades de Información Crediticia.	
La fecha y lugar de Autorización para solicitar reportes a Sociedades de Información Crediticia, es el mismo día de la fecha de esta solicitud.	
Nombre completo de la Persona que autoriza ser consultada: NOMBRE_COMPLETO	
Firma de la Persona que autoriza ser consultada:	
RFC: RFC FOLIO DE CONSULTA:	
FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR Teléfonos: 01800 681 0742 y 47-44-04-94. Horario Lunes a viernes 9:00 a 18:00 horas, correos electrónicos: aclaraciones@bayport.com.mx une@bayport.com.mx	
FCR-SCP Versión: 11 Fecha de última revisión: Julio 208	