

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 Ejercicio: _____	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
¿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 <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Nombre: _____ Parentesco/Relación: _____ Puesto: _____ Periodo de ejercicio: _____	
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 <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
En caso de ser positivo, especificar nombre de la persona: _____	
¿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? " <i>Formato de Identificación de Proveedores de Recursos</i> "	SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
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.	

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 pagina web www.bayport.com.mx. SI ☒ 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:

Usted cuenta con un Seguro de Vida con estas características:

a) SI ☐ NO ☒

b) SI ☒ NO ☐

SI ACEPTO ☒ NO ACEPTO ☐

Nombre completo solicitante/acreditada: **CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ**

Huella Digital

Firma solicitante/acreditada:

--	--

Nombre y firma del Asesor **CARMEN VERONICA LAZCANO ORDOÑEZ**

Por este conducto autorizo expresamente a FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V., SOFOM E.N.R., 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 E.N.R. 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 FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V., SOFOM E.N.R. 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: CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ

Firma de la Persona que autoriza ser consultada:

REC: **TEDC860806SA2**

FOLIO DE CONSULTA:

Pagaré

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

tu futuro ahora

BAYPORT
SERVICIOS FINANCIEROS



<input checked="" type="radio"/>	CREDITO NÓMINA B	RECA 3308-140-021642/
<input type="radio"/>	SEP PUEBLA- NOMINA B	RECA 3308-140-021904/
<input 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 \$ 35000 (**TREINTA Y CINCO 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 36 % 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 10 días del mes de FEBRERO de 2020.

Nombre y Firma del Solicitante / Acreditada

CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ

Nombre

Firma



Ciudad de México a 10 de **FEBRERO** de 2020

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA EN PLATAFORMA NOMI-PAY

Por este conducto autorizo expresamente a Financiera Fortaleza S.A de C.V SOFOM ENR, para que por medio de sus funcionarios facultados lleve a cabo investigaciones, sobre mi información laboral en la plataforma de Grupo Tecnológico Nomi-Pay S.A. de C.V. para el trámite de un crédito por descuento de nómina.

- RFC: TEDC860806SA2
- Nombre del trabajador: CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ
- Firma del trabajador: _____
- Nombre del promotor: CARMEN VERONICA LAZCANO ORDOÑEZ
- Firma del promotor: _____
- Número de folio: 900084

Para uso exclusivo de: Financiera Fortaleza S.A de C.V SOFOM ENR

MANDATO DE PAGO

Ciudad de México a 10 de FEBRERO de 2020

[**GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA**] (el "Patrón")
PRESENTE

El suscrito, **CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ**, (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.	1095,50
Número de pagos que deban efectuarse por la cantidad anterior:	72
Días de Pago:	15 y 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: **CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ**

RFC: **TEDC860806SA2**

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.

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
(10 / 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.



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: **CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ** NÚMERO DE CRÉDITO: _____
IMPORTE TOTAL \$ **35000** MONTO MÁXIMO FIJO DEL CARGO AUTORIZADO POR PERIODO \$ _____
PARCIALIDADES \$ **1095.50** PERIODICIDAD: **72** Mensual ☐ Catorcenal ☐ Quincenal ☒

Opción 1																			
CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ																			
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>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>2</td><td>4</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	2	1	9	8	7	6	5	2	4	7	8	9	1	2	3	4	5
0	2	1	9	8	7	6	5	2	4	7	8	9	1	2	3	4	5		
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: _____																			
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.

CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ	_____
Nombre del titular	Firma del titular

Ciudad y Fecha **Ciudad de México** **10/02/2020**

AUTORIZACIÓN PARA PAGO DE CRÉDITO A TRAVÉS DE DESCUENTO POR NÓMINA

Ciudad de Ciudad de México a 10 de FEBRERO de 2020

GOBIERNO DEL ESTADO DE OAXACA PRESENTE

Por este instrumento autorizo al Gobierno del Estado de Oaxaca para que descuenten de mi salario los abonos correspondientes al pago del crédito que me ha sido otorgado por FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR, en los siguientes términos:

Importe del descuento quincenal \$ 1095.50

Número de descuentos que deben efectuarse por la cantidad anterior 72

Quincena inicial de descuento _____

Quincena final de descuento _____

Para efectos de esta instrucción de descuento por nómina, acepto que la instrucción es irrevocable en tanto permanezca el adeudo y libero al Gobierno del Estado de Oaxaca de cualquier responsabilidad, aclaración o reclamación respecto del referido crédito.

ATENTAMENTE

Nombre CATALINA ANAYANCY TREJO DIAZ

RFC TEDC860806SA2 Número de empleado 123

Firma _____