



SOLICITUD DE CRÉDITO PERSONAL  
FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE/ACREDITADA

FOLIO DE SOLICITUD

581

FECHA DE SOLICITUD

05/11/2019

Asesor:

JHOVANA LEYVA SALDAÑA

Plazo:

Catorcenas ☐  
Quincenas ☒  
Meses ☐

Importe del Crédito:

\$ 15000

Sucursal:

IZTAPALAPA

No. de parcialidades:

36

Importe de cada parcialidad:

\$ 668,97

Fecha primer pago:

Dependencia:

Instituto Mexicano del Seguro Social

☐ Comisión Nacional Paritaria

☐ Confianza y Mando

☐ Jubilado y Pensionado IMSS

☒ Pensionado Ley

→Matricula: \_\_\_\_\_

►NSS: \_\_\_\_\_

►Grupo: \_\_\_\_\_

☐ Secretaría de Educación Pública

☐ SEP Estatal (especificar): \_\_\_\_\_

☐ Universidad Nacional Autónoma de México

☐ Universidad Tecnológica

☐ Otra, especificar: \_\_\_\_\_

Datos Solicitante/Acreditada

Nombre(s) sin abreviaturas

GILDA GUADALUPE

Apellido Paterno

SALDAÑA

Apellido Materno

SANCHEZ

Identificación Oficial

☒ IFE/INE

☐ Cédula Profesional

☐ Otro: \_\_\_\_\_

Género:

M ☐ H ☒

Fecha Nacimiento:

DD MM AAAA  
22 09 92

Estado de Nacimiento:

Veracruz de Ignacio de la Llave

País de Nacimiento:

☒ México

☐ Otro, especificar: \_\_\_\_\_

Estado Civil:

☐ Soltero(a)

☒ Casado(a)

Nacionalidad:

☒ Mexicana

☐ Otra, especificar: \_\_\_\_\_

RFC (con homoclave)

SASG920922MP2

CURP

SASG920922MVZLNL09

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

NARANJO 36 8

4

\*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

SANTA MARÍA LA RIBERA

Cuauhtémoc

Ciudad de México

☒ México

Entre qué calles:

RIVERA DE SAN COSME Y AMADO NERVO

Código Postal:

06400

Años Residencia:

3

Número Celular (10 dígitos)

04( )5582473218

TELCEL

Teléfono propio/recados:

0

\*Dirección electrónica ( campo obligatorio):

gilda.sanzg@gmail.com

Teléfono trabajo/ Ext.:

5655555555

Referencias Personales

Nombre(s) sin abreviaturas

PRUEBA

Apellido Paterno

PRUEBA

Apellido Materno

PRUEBA

Teléfono

5444444444

Nombre(s) sin abreviaturas

PRUEBA

Apellido Paterno

PRUEBA

Apellido Materno

PRUEBA

Teléfono

4444444444

Medios de disposición del crédito

☐ Pago en ventanilla

☒ Depósito en cuenta:

Nombre de la Institución Bancaria:

012 BANCOMER

No. Cuenta clabe o tarjeta:

0 1 2 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7

Destino del crédito

Necesidades Personales

Negocio Agricultura:

☒

Negocio Manufactura:

☐

Negocio Comercio:

☐

Vivienda Mejoramiento:

☐

Vivienda Hipoteca:

☐

Salud y emergencias:

☐

Educación:

☐

Bienes de consumo y turismo:

☐

Vehículos:

☐

Funerales:

☐

Necesidades de Otras Personas:

Nombre completo:

Parentesco del beneficiario:

FCR-SCP

Versión: 11

Fecha de última revisión: Julio 2018

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:									
<input type="radio"/> CRÉDITO NÓMINA B	RECA 3308-140-021642/07-03139-0618								
<input type="radio"/> SEP PUEBLA- NÓMINA B	RECA 3308-140-021904/06-01138-0318								
<input checked="" type="radio"/> CRÉDITO CON PAGO VÍA NÓMINA IMSS	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 <b>*Dirección electrónica</b> 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 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 type="radio"/> NO <input checked="" 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? "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos" _____ 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.									
Autorizaciones de la Acreditada									
1. <b>Aviso de Privacidad:</b> 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 <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>									
2. <b>Autorización para uso de datos.-</b> 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 <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>									
3. <b>Autorizaciones de Seguro.-</b> 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:									
<table><tr><td>a) Fallecimiento.</td><td>De 18 a 80 años.</td></tr><tr><td>b) Enfermedades Graves</td><td>De 18 a 64 años.</td></tr><tr><td>c) Incapacidad Total y Permanente.</td><td>Trabajadores en activo, de 18 a 65 años.</td></tr><tr><td>d) Desempleo involuntario</td><td>Trabajadores en activo, de 18 a 64 años.</td></tr></table>	a) Fallecimiento.	De 18 a 80 años.	b) Enfermedades Graves	De 18 a 64 años.	c) Incapacidad Total y Permanente.	Trabajadores en activo, de 18 a 65 años.	d) Desempleo involuntario	Trabajadores en activo, de 18 a 64 años.	Usted cuenta con un Seguro de Vida con estas características: a) SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
a) Fallecimiento.	De 18 a 80 años.								
b) Enfermedades Graves	De 18 a 64 años.								
c) Incapacidad Total y Permanente.	Trabajadores en activo, de 18 a 65 años.								
d) Desempleo involuntario	Trabajadores en activo, de 18 a 64 años.								
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 <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/>									
4.- <b>Autorización y Consentimiento de Utilización de Medios Electrónicos.-</b> 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 <input checked="" type="radio"/> NO ACEPTO <input type="radio"/>									
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: <b>GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ</b>									
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 <b>JHOVANA LEYVA SALDAÑA</b>									
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: <b>GILDA GUADALUPE SALDAÑA SANCHEZ</b>									
Firma de la Persona que autoriza ser consultada:									
RFC: <b>SASG920922MP2</b>	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									