



Financiera Fortaleza

FINANCIERA FORTALEZA
Crédito Descuento Por Nómina
Lista de Verificación

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

Sucursal: **IZTAPALAPA**

Cliente: **PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA**

Fecha: **08** de **11** de 20**19**

Folio **616**

No. Cliente _____

Asesor Coordinador Mesa
Control

REQUISITOS			OBSERVACIONES
N° de Plazas 1 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 2 Edad 42			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)	400000		
Capacidad de Pago	100000		28% SEP y UT, 30% IMSS Y UNAM
CRÉDITO			REF. PERSONALES TEL. FIJO O CELULAR
Día de desembolso	08/11/2019		1.- Nombre: PAOLA
Fecha de primer descuento			PORTILLA PAZ
Monto máx. plazo = Cap. Pago / Cuota Tabla	1709781,66		5583948598
Monto del Crédito	18000		Tel. Fijo o Cel.: 4859384958
Plazo: Quincenas <input checked="" type="checkbox"/>			2.- Nombre: PEDRO
Meses <input type="checkbox"/>			SOLA SOLA
Descuento: Monto x Cuota	2339,48		5545634543
Cobertura: Capacidad pago/descuento			Tel. Fijo o Cel.: 4523456545
SOLICITUD-CONTRATO, PAGARÉ Y CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL DESCUENTO			CENTRO DE TRABAJO DEL CLIENTE
R.F.C.	X		Escuela/Oficina: LUGAR
Domicilio	X		Calle y Numero: 123 123
Importe	X		Delegación/Municipio: Mazatlán
Plazo	X		Entidad Federativa: Sinaloa
Firmas Originales	X		Tel. Fijo / Ext. 9876543210 123
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

616

FECHA DE SOLICITUD

08/11/2019

Asesor:

JHOVANA LEYVA SALDAÑA

Plazo:

Catorcenas ☐
Quincenas ☒
Meses ☐

Importe del Crédito:

\$ 18000

Sucursal:

IZTAPALAPA

No. de parcialidades:

24

Importe de cada parcialidad:

\$ 2339,48

Fecha primer pago:

Dependencia:

Instituto Mexicano del Seguro Social

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

→Matricula: 123

►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

Apellido Paterno

Apellido Materno

PRUEBA PRUEBA

PRUEBA

PRUEBA

Identificación Oficial

☐ IFE/INE☐ Cédula Profesional☒ Otro: Licencia del conductor

Género:

M ☐ H ☒

Estado Civil:

☒ Soltero(a)☐ Casado(a)

Nacionalidad:

☒ Mexicana☐ Otra, especificar:

RFC (con homoclave)

ROCA771227KNA

Estado de Nacimiento:

Aguascalientes

País de Nacimiento:

☒ México☐ Otro, especificar:

CURP

ROCA771227KNA12345

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:

2

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

123

123

*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

LOS PINOS

Mazatlán

☒ México

Entre qué calles:

ENTRE CALLES

Código Postal:

82000

Años Residencia:

10

Número Celular (10 dígitos)

04()9876543210

Teléfono propio/recados:

9876543210

*Dirección electrónica (campo obligatorio):

prueba@bayport.com.co

Teléfono trabajo/ Ext.:

9876543210

123

Referencias Personales

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

Teléfono

PAOLA

PORTILLA

PAZ

5583948598

Nombre(s) sin abreviaturas

Apellido Paterno

Apellido Materno

Teléfono

PEDRO

SOLA

SOLA

5545634543

Medios de disposición del crédito

Destino del crédito

☐ Pago en ventanilla☒ Depósito en cuenta:

Nombre de la Institución Bancaria:

030 BAJIO

No. Cuenta clabe o tarjeta:

030987483948593898

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:

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:

CRÉDITO NÓMINA B

RECA 3308-140-021642/07-03139-0618

SEP PUEBLA- NÓMINA B

RECA 3308-140-021904/06-01138-0318

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 ***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: Período de Ejercicio:

SI NO

¿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 NO

Nombre: Parentesco/Relación: Puesto: Período 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 NO

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 NO

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 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 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:

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 NO

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 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 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: PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA

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 JHOVANA LEYVA SALDAÑA

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: PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA

Firma de la Persona que autoriza ser consultada:

RFC: ROCA771227KNA

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

Pagaré

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

tu futuro ahora

BAYPORT
SERVICIOS FINANCIEROS



<input 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 \$ 18000 (DIECIOCHO 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 37,20 % 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 08 días del mes de NOVIEMBRE de 2019.

Nombre y Firma del Solicitante / Acreditada

PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA

Nombre

Firma



Ciudad de México a 08 de NOVIEMBRE de 2019

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: ROCA771227KNA
- Nombre del trabajador: PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA
- Firma del trabajador: _____
- Nombre del promotor: JHOVANA LEYVA SALDAÑA
- Firma del promotor: _____
- Número de folio: 616

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

AVISO DE PRIVACIDAD

Responsable del Tratamiento.

Grupo Tecnológico Nomi-Pay, S.A. de C.V. (en lo sucesivo “Nomi-Pay”) con domicilio en Bahía de Santa Bárbara No. 145, Col. Verónica Anzures, Del. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, México, C.P. 11300, es el responsable del tratamiento de sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección, al respecto, le informamos lo siguiente:

Finalidades del tratamiento.

1. a) Finalidades Principales

Los datos personales que recabamos a través de la plataforma electrónica de Nomi-Pay (la “Plataforma”) los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarios para poder prestarle el servicio, ya sea para uso propio o de otros usuarios de los servicios de la Plataforma:

- Para calcular la nómina, cuotas obrero-patronales, capacidad de pago y/o endeudamiento del Titular.
- Gestionar la contratación con terceros de créditos sobre nómina en favor del Titular y administración de carteras de crédito.
- Gestionar la retención de pagos vía nómina y pago de los mismos a terceros con quienes el Titular tenga celebrado algún contrato de crédito.
- Solicitar información al Buró de Crédito sobre la situación crediticia del Titular.
- Informar al Titular que lo solicite, sobre la disponibilidad de productos o servicios acorde con sus necesidades, preferencias o gustos.
- Contactar al Titular para informarle sobre ofertas, promociones, requisitos y disponibilidad de productos y servicios.
- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con el Titular o con terceros, derivadas de los productos o servicios suministrados por Nomi-Pay o por terceros en favor del Titular.
- Informar sobre cambios en nuestros productos o servicios.
- Realizar estudios internos sobre los datos demográficos, intereses y comportamiento de los usuarios, con la finalidad de proporcionarles productos, servicios, contenidos y publicidad acordes a sus necesidades.
- Verificar y confirmar la identidad o cualquier dato del Titular.
- Realizar y dar seguimiento a consultas, investigaciones y/o revisiones de las actividades, operaciones, quejas y/o reclamaciones del Titular relacionados con los productos o servicios proporcionados por Nomi-Pay o por terceros.

- Dar cumplimiento a cualquier disposición legal aplicable.

1. b) Finalidades secundarias

Adicionalmente, Nomi-Pay podrá utilizar sus datos personales para ofrecerle, en su caso, otros productos o servicios propios o de cualquiera de sus afiliadas, subsidiarias, sociedades controladoras, asociadas, y/o comisionistas, finalidades secundarias que no son necesarias para usar la Plataforma de Nomi-Pay pero que nos permiten brindarle un mejor servicio.

La negativa para el uso de sus datos personales para las finalidades secundarias mencionadas en el párrafo inmediato anterior no podrá ser motivo para que le neguemos los servicios de la Plataforma. En caso en que no desee que sus datos personales sean tratados para las finalidades secundarias dé clic aquí y llene el formato correspondiente. (Descargar y enviar archivo a contacto@nomipay.com)

Datos Personales que serán recabados y tratados.

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente Aviso de Privacidad utilizaremos los siguientes datos personales: i) datos de identificación, ii) datos de contacto, iii) datos laborales y iv) datos financieros y patrimoniales.

Datos Personales sensibles.

Nomi-Pay no requiere dar tratamiento alguno a datos personales sensibles, por lo que no recabará datos de dicha naturaleza.

Sin perjuicio de lo anterior, en el supuesto de que Nomi-Pay requiriera recabar datos personales sensibles, solicitará su consentimiento expreso y por escrito para su tratamiento.

Transferencia de datos personales a terceros.

Le informamos que sus datos personales son compartidos dentro y fuera del país con instituciones bancarias, sociedades financieras, diversas empresas que otorgan créditos y aseguradoras con la finalidad de que se lleve a cabo la administración y gestión de sus créditos de nómina por medio de la Plataforma.

Le informamos que para la transferencia de sus datos de conformidad con lo expuesto en el párrafo anterior es necesario su consentimiento expreso, mismo que se considera otorgado para estos efectos con su aceptación de nuestra carta de "Consentimiento".

Nomi-Pay podrá transferir sus datos personales a terceros mexicanos o extranjeros cuando la transferencia: (i) esté prevista en una ley o Tratado en los que México sea parte; (ii) sea necesaria para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria, tratamiento médico o la gestión de servicios sanitarios; (iii) sea efectuada a sociedades controladoras, subsidiarias o afiliadas bajo el control común de Nomi-Pay, a una sociedad matriz o a sus asociadas; (iv) sea necesaria por virtud de un contrato celebrado o por celebrar en interés del Titular, por Nomi-Pay y un tercero o por el Titular y un tercero; (v) sea necesaria o legalmente exigida para la salvaguarda de un interés público, o para la procuración o administración de

justicia; (vi) sea precisa para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso judicial; y, (vii) sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de una relación jurídica entre el Titular y Nomi-Pay.

En cualquier otro caso, Nomi-Pay requerirá su autorización para realizar la transferencia de datos que resulte necesaria para la prestación de los servicios solicitados.

Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les 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 la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de los derechos ARCO usted deberá presentar la solicitud respectiva vía correo electrónico a [contacto@nomipay.com]. Dicha solicitud deberá contener: (i) su nombre completo y domicilio para comunicarle la respuesta; (ii) copia del documento que acredite la identidad o, en su caso, la representación legal (iii) la descripción de los datos personales de los que se busca ejercer algún Derecho ARCO; (iv) cualquier otro elemento que facilite la localización de los datos personales; (v) el Derecho ARCO que pretende ejercer; y (vi) un breve relato de los motivos por los que pretende ejercer el Derecho ARCO.

Nomi-Pay le comunicará dentro de un plazo de 20 (veinte) días hábiles siguientes a la presentación de su solicitud, la respuesta a la misma. La cancelación de sus datos estará sujeta a lo previsto en el artículo 26 de la Ley.

Revocación del consentimiento.

Usted puede revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales, a efecto de lo cual, usted deberá enviar la solicitud respectiva vía correo electrónico a la dirección [contacto@nomipay.com], acompañada de la información y documentación mencionada en el rubro “Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición” del presente Aviso de Privacidad. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento podría implicar que Nomi-Pay no se encuentre en posibilidades de seguir prestando el servicio que solicitó, o la conclusión de su relación con Nomi-Pay. Asimismo, deberá considerar que no en todos los casos podremos atender su solicitud o detener el uso de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal requiramos seguir tratando sus datos personales por un plazo adicional.

Limitación al Uso y Divulgación de Datos Personales.

Usted podrá limitar el uso y divulgación de sus Datos Personales, incluyendo sin limitar, su negativa a recibir comunicados y promociones por parte de Nomi-Pay mediante: (i) su inscripción en el Registro Público para Evitar Publicidad, que está a cargo de la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) y/o en el Registro Público de Usuarios a cargo de la Comisión Nacional

para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), con la finalidad de que sus datos personales no sean utilizados para recibir publicidad o promociones de empresas de bienes o servicios. Para mayor información sobre este registro, usted puede consultar el portal de Internet de la PROFECO y de la CONDUSEF, o bien ponerse en contacto directo con éstas; o (ii) mediante solicitud por escrito conforme al procedimiento establecido más adelante bajo el rubro de “Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición”.

Uso de tecnología de rastreo en la Plataforma

Nomi-Pay podrá recabar su dirección de IP (Internet Protocol) para ayudar a diagnosticar problemas relacionados con los servicios prestados, y relacionados con el uso y administración de la Plataforma. Una dirección de IP es un número que se le asigna a su computadora cuando usa Internet. Su dirección de IP también es utilizada para ayudar a identificarlo dentro de una sesión particular y para recolectar información demográfica y estadística general.

Candados de seguridad.

Con la finalidad de brindar una mayor protección y confidencialidad a sus datos personales, Nomi-Pay implementará todas las medidas de seguridad posibles tales como el uso de candados de seguridad SSL (Secure Socket Layer). Sin embargo, toda vez que dichas medidas son proporcionadas por un tercero, Nomi-Pay no será responsable por las vulneraciones a la seguridad de la Plataforma que pudieran ser ocasionadas por terceros.

Cookies.

Le informamos que nuestra página de internet utiliza cookies a través de las cuales se nos permite reconocer a los usuarios, detectar el ancho de banda que han seleccionado, identificar la información más destacada, calcular el tamaño de la audiencia y medir algunos parámetros de tráfico.

Los datos personales que obtenemos de esta tecnología de rastreo son los siguientes: [ej. nombre de usuario, contraseña horario de navegación, tiempo de navegación en la página de internet, secciones consultadas, y páginas de internet accedidas previo a la nuestra.]

Usted puede desactivar el ahorro de cookies en su navegador, borrarlos o gestionar su uso a través de la configuración de su navegador.

Asimismo, le informamos que los datos personales que son obtenidos a través de estas tecnologías no son compartidos con terceros.

Modificaciones al Aviso de Privacidad.

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad; de cambios a nuestro modelo de negocio, o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de la Plataforma o través del envío de un correo electrónico cuando este nos sea proporcionado.

Cualquier duda o comentario respecto al presente Aviso de Privacidad, así como el ejercicio de cualesquiera otros derechos que por la Ley le corresponden, deberán dirigirse al encargado de Avisos de Privacidad al correo electrónico contacto@nomipay.com, así como también podrá comunicarse al área de atención a clientes en el teléfono 52624408 para cualquier duda o aclaración.

Sin perjuicio de lo anterior, en caso de que usted considere que el tratamiento de sus datos personales constituye alguna violación a las disposiciones de la Ley, podrá acudir al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

El presente Aviso de Privacidad se encuentra a su disposición en el sitio de Internet www.nomipay.com.

Última actualización 18 de enero de 2017.

MANDATO DE PAGO

Ciudad de México a 08 de NOVIEMBRE de 2019

[SEP] (el "Patrón")
PRESENTE

El suscrito, PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA, (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.	2339,48
Número de pagos que deban efectuarse por la cantidad anterior:	24
Días de Pago:	

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: PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA

RFC: ROCA771227KNA

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.

Fecha de Alta del Certificado: **08/11/2019**

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
PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA	ROCA771227KNA
Domicilio	Fecha de Nacimiento
123 LOS PINOS Sinaloa	123 82000 27/12/1977

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.

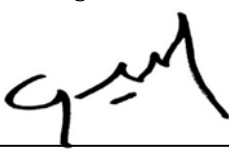
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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
(08 / 11 / 2019)


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.



MÉXICO INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
RODRIGUEZ
GONZALEZ
FATIMA XOCHIQUETZAL

DOMICILIO
C CAÑADA DE JEREZ 274
FRACC CAÑADA DE CERVERA 36251
GUANAJUATO ,GTO.

CLAVE DE ELECTOR RDGNFT94051411M000

CURP ROGF940514MGTDNT06

FECHA DE NACIMIENTO
14/05/1994

SEXO M



AÑO DE REGISTRO 2012 01

ESTADO 11

MUNICIPIO 015

SECCIÓN 0878

LOCALIDAD 0001

EMISIÓN

2014

VIGENCIA

2024



Scanned with
CamScanner

COTEJADO CONTRA EL ORIGINAL VIRAAL DISTRIBUCIONES / EVA EDITH TORRES
RIVERA 01/10/2019



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Gobierno de la ciudad de México
Dirección general del registro civil



Acta de defunción

Esta acta se extiende de conformidad con el artículo 117 el médico lejista Gabriel Gonzalez Gutierrez certifica que la Sra María del Carmen Macías Romo, falleció de causas naturales el día 18 de Agosto del año de 2017.

Contaba con un problema cardiaco que sumado a su edad le provocó la muerte.

Edad: 78 años Estatura 1.56 m Compleción delgada Cabello cano.

Entidad de nacimiento México Distrito Federal.

Estado Civil Viuda

Nombre del Padre de la finada: Ricardo Macías Fernandez.

Nombre de la madre de la finada: Fernanda Romo Pérez

Datos del deceso

Deceso: 18 de Agosto de 2017

Causa: Insuficiencia cardiaca por
obstrucción y debilidad crónica

Desnutrición severa.



Juez Filemón Rojaz Montes

Firma

Médico lejista Gabriel Gonzales Gutierrez

Firma

**AUTORIZACIÓN PARA EFECTUAR SOBRE EL SALARIO LOS PAGOS DE CRÉDITO POR CUENTA
PROPIA Y A NOMBRE DEL EMPLEADO**

Ciudad de México a 08 de NOVIEMBRE de 2019

**SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIRECCIÓN DE PERSONAL
PRESENTE**

Por este instrumento autorizo a la Secretaría de Educación Pública para que efectúen sobre mi salario, por mi cuenta y a mi nombre, 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 pago quincenal \$ 2339,48

Número de pagos que deben efectuarse por la cantidad anterior 24

Para efectos de esta instrucción de pago por mi cuenta y a mi nombre, acepto que la instrucción es irrevocable en tanto permanezca el adeudo y libero a la Secretaría de Educación Pública de cualquier responsabilidad, aclaración o reclamación respecto del referido crédito.

A T E N T A M E N T E

Nombre PRUEBA PRUEBA PRUEBA PRUEBA

RFC ROCA771227KNA

Clave presupuestal 123 Pagaduría PAGADURIA

Firma _____