

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 3308-140-021642/08-02289-0519
<input type="radio"/> SEP PUEBLA- NÓMINA B	RECA 3308-140-021904/07-02290-0519
<input type="radio"/> CRÉDITO CON PAGO VÍA NÓMINA IMSS	RECA 3308-140-017439/12-02291-0519

3. Una vez aprobado el crédito que solicita mediante la firma del presente documento, el mismo día en que sean puestos a su disposición los recursos por Financiera Fortaleza, S.A. de C.V. SOFOM E.N.R., ésta le entregará vía correo electrónico un ejemplar de su Contrato de Adhesión, su carátula y los demás anexos, con los datos relativos al crédito otorgado, 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	
-----------------------	--

<p>¿Usted Desempeña actualmente o desempeño 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: _____</p>	<p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p>
<p>¿Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeño 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:</p>	<p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p>
<p>Nombre: _____ Parentesco/Relación: _____ Puesto: _____ Periodo de ejercicio: _____</p>	
<p>Algun tercer o obtendrá los derechos de uso, aprovechamiento y disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos?</p>	<p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p>
<p>En caso de ser positivo, especificar nombre de la persona: _____</p>	
<p>¿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"</p>	<p>SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/></p>
<p>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.</p>	

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 pagina web [www.bayport.com.mx](http://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.

**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:

COBERTURA	OBLIGATORIA PARA ACREDITADOS
a) Fallecimiento	De 18 a 80 años
b) Enfermedades Graves	Trabajadores en activo, de 18 a 70 años
c) Incapacidad Total y Permanente	Trabajadores en activo, de 18 a 70 años
d) Desempleo involuntario	Trabajadores en activo, de 18 a 70 años

**X** Usted cuenta con un Seguro de Vida con estas características:

X a) SI ☒ NO ☐

En caso de optar por contratar con un tercero el Seguro de Vida, este deberá contar con estas coberturas por una suma asegurada igual o mayor al importe del saldo insoluto del crédito, y deberá anexar copia simple de la póliza que ampara este seguro, que señale como beneficiario preferente a FINANCIERA FORTALEZA, S.A. DE C.V. SOFOM E.N.R., dentro de las 24 horas siguientes a la firma de la presente.

b) En caso de no contar con el Seguro de Vida, otorga mi consentimiento para que Financiera Fortaleza S.A. DE C.V. SOFOM, E.N.R. contrate la cobertura de vida y las adicionales ofrecidas en la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores Credit Life-EP que tiene contratada con Pan-American México, Compañía de Seguros, S.A. de C.V., cuyas condiciones particulares quedarán consignadas en el Certificado correspondiente que de dicha póliza se emita y que me es proporcionado en este momento, de acuerdo con la inscripción en el registro ~~de~~ asegurados.

b) SI ☒ NO ☐

4. **Autorización entrega estados de cuenta.** Solicito y autorizo a Financiera Fortaleza, S.A. de C.V. SOFOM E.N.R. para que mis estados de cuenta me sean enviados vía correo electrónico a la a la \*Dirección electrónica que se señala en el presente formulario.

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 (SÍ/ SI ACEPTO), obligándose conforme a lo dispuesto en el clausulado del contrato plasmando su firma a continuación:

Nombre completo solicitante/acreditada:	X	X
---	---	---

## Huella Digital

**Firma solicitante/acreditada:**

Comentarios (espacio exclusivo para ser llenado por el Asesor)

[illegible]

\* 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

## 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 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 período 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:

Firma de la Persona que autoriza ser consultada:

RFC: FOLIO DE CONSULTA:

FINANCIERA FORTALEZA S.A. DE C.V. SOFOM ENR Teléfonos: 800 681 0742 y 55-47-44-04-94. Horario Lunes a viernes 9:00 a 18:00 horas. correos FCR-SCP

## 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 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 \$ 90000 (NOVENTA 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.

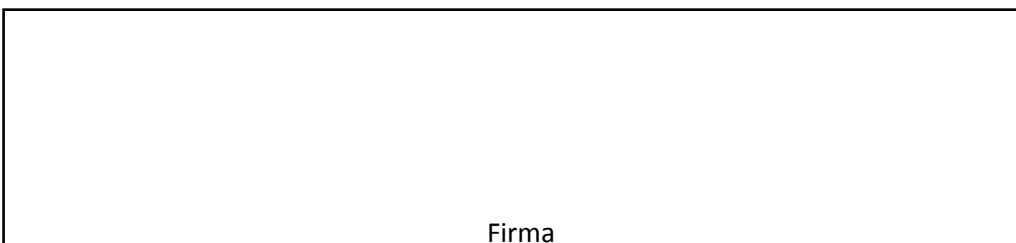
Los (las) suscriptores (as) se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales de la Ciudad de México, D.F. o a los del domicilio de los (las) suscriptores (as) a elección del actor, renunciando expresamente a cualquier otra jurisdicción a que se tenga derecho por cualquier causa.

Ciudad de México D.F. a los 26 días del mes de ENERO de 2020.

### Nombre y Firma del Solicitante / Acreditada

MARISOL DEL CARMEN FLORES MOLINA

Nombre



Firma

## MANDATO DE PAGO

Ciudad de México a 26 de ENERO de 2020

[ **IMSS** ] (el "Patrón")  
**PRESENTE**

El suscrito, **MARISOL DEL CARMEN FLORES MOLINA**, (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.	4700,16
Número de pagos que deban efectuarse por la cantidad anterior:	36
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: **MARISOL DEL CARMEN FLORES MOLINA**

RFC: **FOMM8807155T8**

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.

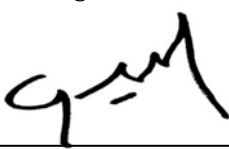
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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  
(\_\_\_\_/ 01 / 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: MARISOL DEL CARMEN FLORES MOLINA NÚMERO DE CRÉDITO: \_\_\_\_\_  
IMPORTE TOTAL \$ 90000 MONTO MÁXIMO FIJO DEL CARGO AUTORIZADO POR PERIODO \$ \_\_\_\_\_  
PARCIALIDADES \$ 36 PERIODICIDAD: 4700,16 Mensual ☒ Catorcenal ☐ Quincenal ☐

<b>Opción 1</b>																			
CLIENTE TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA: <u>MARISOL DEL CARMEN FLORES MOLINA</u>																			
BANCO DE LA CTA. BANCARIA: <u>002 BANAMEX</u>																			
Clabe	<input checked="" type="checkbox"/> <table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	0	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5
0	0	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	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>																		
<b>Opción 2</b>																			
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>																		
<b>Opción 3</b>																			
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.

<u>MARISOL DEL CARMEN FLORES MOLINA</u>	_____
Nombre del titular	Firma del titular

Ciudad y Fecha 26/01/2020



**Financiera Fortaleza**

Carta de Instrucción

Lugar

Fecha

**26/01/2020**

No. Contrato

**SOLICITANTE**

Apellido Paterno **FLORES**

Apellido Materno **MOLINA**

Nombres (S) **MARISOL DEL CARMEN**

Matricula o NSS: **1234567990** Grupo: **1**

Delegación: **AGUASCALIENTES** Clave: **01**

Trabajador	Estatuto "A"	Jubilado y/o Pensionado	Pensionado Ley	Comisión Nacional Paritaria
Clave: <input type="text"/> 01 <input type="text"/> 04	Clave: <input type="text"/> 00	Clave: <input type="text"/> 10 <input type="text"/> 11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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.
<b>3,37</b>	<b>48,84</b>	<b>\$ 90000</b>	<b>\$ 4700,16</b>	<b>36</b>	<input type="checkbox"/> Quincenal <input checked="" type="checkbox"/> Mensual	<b>\$ 169205,76</b>

**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: **45678901234**

Número de CLABE: **002123456789012345**

Banco: **002 BANAMEX**

**MARISOL DEL CARMEN FLORES MOLINA**

El Solicitante, Nombre y Firma

Huella Digital

Revisó:

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

**CARMEN VERONICA LAZCANO ORDOÑEZ**

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.