



SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO TÚ PUEDES

Folio:

Versión del formato V.2

Sucursal:

ANEXO II

1. MONTO DE FINANCIAMIENTO

Monto solicitado: \$	Plazo solicitado (hasta 24 quincenas)	Periodo de gracia solicitado (hasta 2 quincenas)	Valor del plan de negocio: \$
-------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------------

2. DESTINO DEL FINANCIAMIENTO SOLICITADO:

Capital de trabajo (Adquisición de mercancías, materia prima, insumos en general o cubrir costos y gastos de operación propios del negocio hasta por 3 tres meses)	Activo Fijo (Adquisición de maquinaria, mobiliario, equipo de transporte o equipamiento para la actividad del negocio).	Ambos destinos
--	---	----------------

3. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE / PERSONA FÍSICA :

* Nombre(s):	* Apellido paterno:	*Apellido materno:		
R.F.C. (con homoclave):	C.U.R.P.	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	Estado de Nacimiento:	Edad:
Domicilio particular (calle):	Número exterior	Número interior	Colonia, Fraccionamiento o Comunidad:	
Municipio:	Código Postal:	Tiempo de residencia (años y meses)	* Genero:	
		Domicilio actual En la ciudad	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Otro: _____
Teléfono de casa (no celular):	Teléfono de negocio:	Teléfono celular:	Correo electrónico:	
<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada		<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Sin Estudios	* Escolaridad:	
<input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	* Posición en la Familia: * Es sostén de la Familia: * Nº dependientes económicos: * Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Datos del cónyuge del solicitante Nombre completo: _____ * Teléfono celular: _____ * Correo Electrónico: _____		
¿Es una persona Migrante?		Sí _____	¿A que países migró? _____ No _____	
¿La persona solicitante se identifica como persona con discapacidad? (Esta información es confidencial y se utilizará únicamente para fines de equidad e inclusión.)			Sí _____	No _____
En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿Podría indicar el tipo de discapacidad? (Este apartado es opcional, favor de marcar con una "X" la casilla con la cual se identifique)		Física o motora	Visual	Auditiva Intelectual Psicosocial Prefiero no responder
¿Se identifica usted como perteneciente a un pueblo o comunidad indígena?			Sí _____	Especifique el pueblo o comunidad: _____ No _____

4. DATOS DE LA ACTIVIDAD ACTUAL:

* Domicilio del negocio (calle):	Número exterior	Número interior	* Colonia / Comunidad:	
* Municipio:	* Estado:		* Código postal:	* Teléfono:
* Descripción de la actividad (que productos vende, comercializa o produce):			* Nombre comercial:	
* Sector: Comercio <input type="checkbox"/> Servicios <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Agroindustrial <input type="checkbox"/> Artesanal		* Tipo de local: <input type="checkbox"/> Establecido (fijo) <input type="checkbox"/> Ambulante (semi fijo)	* Estatus de local: No tiene <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Rentado <input type="checkbox"/> Hipotecado <input type="checkbox"/> Prestado	
* Antigüedad del negocio (años,meses):		* Experiencia en el giro (años, meses): Años _____ Meses _____		* Nº de empleados (incluyendo solicitante) en total: Hombres _____ Mujeres _____
		* Sus ventas son al: Contado <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/> Ambos		* Su mercado es principalmente: Local <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Extranjero

5. REFERENCIAS PERSONALES (no familiares) :

* Nombre (Referencia Personal):		* Domicilio:		* Teléfono celular:	* Teléfono casa:	* Tiempo de conocerlo (años):
* Nombre (Referencia Personal):		* Domicilio:		* Teléfono celular:	* Teléfono casa:	* Tiempo de conocerlo (años):

6. PARA ESTAR EN POSIBILIDAD DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE FINANCIAMIENTO DEBE MANIFESTAR SI SE ENCUENTRA O NO EN LOS SIGUIENTES SUPUESTOS:

¿Actualmente es acreditado en otro financiamiento en esta Institución?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente es obligado solidario o aval en otro financiamiento en esta Institución?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Actualmente es persona servidora pública de elección popular, titular, personal directivo de las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal o municipal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

7. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 1:

* Nombre (s):		* Apellido paterno:	* Apellido materno:	* Genero: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro:				
* Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	* Edad	* N° Dependientes económicos	* Parentesco (con el solicitante):	* Tiempo de conocerlo (años):	* Antigüedad residencia en la ciudad (años):	* R.F.C. con homoclave:	C.U.R.P.	
* Domicilio particular:			Número exterior	Número interior	* Colonia /Comunidad	* Municipio:	Correo electrónico:	
* Escolaridad: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Sin Estudios								
* Estado:	C.P. :	* Teléfono celular:		* Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/>		* Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		
* Ocupación:		* Teléfono de casa:		* Experiencia en el giro o antigüedad en el puesto (años):	* Ingresos: \$	* Concepto de otros ingresos comprobables: Inversiones <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
* Domicilio de trabajo o negocio:			Número exterior	Número interior	* Colonia /Comunidad	* Municipio:	* Estado	* C.P.:
* Régimen conyugal: <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Datos del cónyuge Nombre completo: * Teléfono celular: * Correo Electrónico:						

8. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 2:

* Nombre (s):		* Apellido paterno:		* Apellido materno:		* Genero: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro:		
* Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	* Edad	* N° Dependientes económicos	* Parentesco (con el solicitante):	* Tiempo de conocerlo (años):	* Antigüedad residencia en la ciudad (años):	* R.F.C. con homoclave:	C.U.R.P.	
* Domicilio particular:			Número exterior	Número interior	* Colonia /Comunidad	* Municipio:	Correo electrónico:	
* Escolaridad: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Sin Estudios								
* Estado:	C.P. :	* Teléfono celular:		* Tipo de Vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/>		* Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		
* Ocupación:		* Teléfono de casa:		* Experiencia en el giro o antigüedad en el puesto (años):	* Ingresos: \$	* Concepto de otros ingresos comprobables: Inversiones <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Rentas <input type="checkbox"/> Comisiones <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		
* Domicilio de trabajo o negocio:			Número exterior	Número interior	* Colonia /Comunidad	* Municipio:	* Estado	* C.P.:
* Régimen conyugal: <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Datos del cónyuge Nombre completo: * Teléfono celular: * Correo Electrónico:						

9. AVISO DE PRIVACIDAD

Con fundamento en los artículos 34, 36 al 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato, se hace de su conocimiento que usted puede consultar en cualquier momento nuestros Avisos de Privacidad en nuestras sucursales, así como en los siguientes enlaces electrónicos:
<https://tupuedes.guanajuato.gob.mx/aviso-de-privacidad-financiamientos>

10. DECLARACIÓN Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE:

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 255 del código Penal del Estado de Guanajuato.

Nombre		Firma o huella	
Nombre y firma de la persona solicitante (en caso de no saber firmar plasme solamente su huella dactilar)			
Nombre		Firma	

Nombre y firma a ruego	
A ruego del señor/a _____ (quien no sabe firmar) y se identifica con la identificación _____ quien manifiesta no saber firmar y así se observa en su identificación, lo hace en su nombre el señor/a _____, quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de lo que se está celebrando.	
Nombre persona obligada solidaria 1	Firma persona obligada solidaria 2
Nombre y firma de la persona obligada solidaria 1 (persona referida en el punto 7)	
Nombre persona obligada solidaria 2	Firma persona obligada solidaria 2
Nombre y firma de la persona obligada solidaria 2 (persona referida en el punto 8)	
Nombre y firma Especialista en crédito de la Financiera	Nombre y Firma Jefe de Sucursal de la Financiera
Nombre y firma de las personas servidoras públicas de la Financiera y Apoyos <<Tú Puedes Guanajuato>>.	
<p>Autorizo recibir notificaciones a través del correo electrónico anteriormente señalado, en los términos del artículo 39, fracción II y III, del Código de Procedimientos y Justicia Administrativa para el Estado y los Municipios de Guanajuato.</p> <p>11. PERSPECTIVA DE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS, EQUIDAD, INCLUSIÓN Y DIVERSIDAD SOCIAL.</p> <p>El presente Programa impulsa la igualdad de oportunidades entre personas, garantiza que toda persona, tenga acceso al mismo, siempre y cuando, cumpla con los requisitos establecidos para ello en las Reglas de Operación.</p> <p>La Financiera promoverá, garantizará, protegerá y respetará los derechos de las Personas solicitantes y de las Personas acreditadas, impulsando la igualdad de oportunidades entre personas, evitando cualquier tipo de discriminación en razón de edad, género, origen étnico, nacionalidad, discapacidades, impedimentos físicos, preferencias sexuales, creencias religiosas, raza, condición social, de salud, económicas o culturales, especialmente de aquellas que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.</p>	