



## SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO CONFIAMOS EN TI

Folio:

Versión del  
formato V.2

Sucursal:

ANEXO II

### 1. MONTO DE FINANCIAMIENTO:

<b>Monto solicitado:</b> \$	<b>Plazo solicitado</b> (hasta 24 meses)	<b>Periodo de gracia</b> solicitado (hasta 1 mes)	<b>Primera ocasión:</b> <input type="checkbox"/> <b>Renovación del Financiamiento</b> <input type="checkbox"/> <b>Renovación: Tener cubierto el 50% de las amortizaciones del financiamiento vigente</b>	<b>Valor del proyecto de inversión o del plan de negocio:</b> \$
--------------------------------	---	--	--	---

### 2. DESTINO DEL FINANCIAMIENTO SOLICITADO:

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

### 3. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE/PERSONA FÍSICA/REPRESENTANTE LEGAL:

* 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)		* Género:
		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:					
* Tipo de vivienda (en donde vive):				* Escolaridad:	
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 <input type="checkbox"/>			
* Posición en la Familia:		* Es sostén de la Familia:		* N° de dependientes económicos:	
Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	
* Régimen conyugal:		Datos del cónyuge del solicitante			
Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes <input type="checkbox"/>		Nombre completo:		* Correo Electrónico:	
* Teléfono celular:					
¿Es una persona Migrante?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿A que países migró?	
				No <input type="checkbox"/>	
¿La persona solicitante se identifica como persona con discapacidad? (Esta información es confidencial y se utilizará únicamente para fines de equidad e inclusión.)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Prefiero no responder <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	Visual <input type="checkbox"/>	Auditiva <input type="checkbox"/>	Intelectual <input type="checkbox"/>
		Psicosocial <input type="checkbox"/>	Prefiero no responder <input type="checkbox"/>		
¿Se identifica usted como perteneciente a un pueblo o comunidad indígena?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique el pueblo o comunidad:	
				Prefiero no responder: <input type="checkbox"/>	

### 4. EN CASO DE PERSONAS MORALES COMPLEMENTAR:

Razón Social:	
R.F.C. del negocio (con homoclave):	Fecha de constitución de la empresa:
Fecha de inicio con el giro de la empresa:	Fecha de inicio del representante legal de la empresa:

### 5. DATOS DE LA ACTIVIDAD ACTUAL:

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

**6. REFERENCIAS PERSONALES Y COMERCIALES (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):
* Nombre (Referencia Comercial/proveedor):	* Domicilio:	* Teléfono celular:	* Teléfono de negocio:	* Tiempo de conocerlo (años):
* Nombre (Referencia Comercial/proveedor):	* Domicilio:	* Teléfono celular:	* Teléfono de negocio:	* Tiempo de conocerlo (años):

**7. 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

**8. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 1:**

* Nombre (s):		* Apellido paterno:		* Apellido materno:		Femenino <input type="checkbox"/> * Genero: Masculino <input type="checkbox"/>	
						Otro: <input type="text"/>	
* 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: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/>			* Estado civil: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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
* Régimen conyugal: <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes			Datos del cónyuge Nombre completo:		* Correo Electrónico:		
			* Teléfono celular:				

**9. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 2:**

* Nombre (s):		* Apellido paterno:		* Apellido materno:		Femenino <input type="checkbox"/> * Genero: Masculino <input type="checkbox"/>	
						Otro: <input type="text"/>	
* 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: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/>			* Estado civil: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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
* Régimen conyugal: <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes			Datos del cónyuge Nombre completo:		* Correo Electrónico:		
			* Teléfono celular:				

<b>10. AVISO DE PRIVACIDAD</b>	
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: <a href="https://tupuedes.guanajuato.gob.mx/aviso-de-privacidad-financiamientos">https://tupuedes.guanajuato.gob.mx/aviso-de-privacidad-financiamientos</a>	
<b>11. DECLARACIÓN Y FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE:</b>	
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.	
<b>Nombre</b>	<b>Firma o huella</b>
<b>Nombre y firma de la persona solicitante (en caso de no saber firmar plasme solamente su huella dactilar)</b>	
<b>Nombre</b>	<b>Firma</b>
<b>Nombre y firma a ruego</b>	
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.	
<b>Nombre persona obligada solidaria 1</b>	<b>Firma persona obligada solidaria 1</b>
<b>Nombre y firma de la persona obligada solidaria 1 (persona referida en el punto 8)</b>	
<b>Nombre persona obligada solidaria 2</b>	<b>Firma persona obligada solidaria 2</b>
<b>Nombre y firma de la persona obligada solidaria 2 (persona referida en el punto 9)</b>	
<b>Nombre y firma Especialista en crédito de la Financiera</b>	<b>Nombre y Firma Jefe de Sucursal de la Financiera</b>
<b>Nombre y firma de las personas servidoras públicas de la Financiera y Apoyos &lt;&lt;Tú Puedes Guanajuato&gt;&gt;.</b>	
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.	
<b>12. PERSPECTIVA DE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS, EQUIDAD, INCLUSIÓN Y DIVERSIDAD SOCIAL.</b>	
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. 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.	