

**SOLICITUD DE S "TUS IDEAS VALEN"**

Sucursal:

Folio

Versión del formato v.2

ANEXO II

1. MONTO DE FINANCIAMIENTO

Monto solicitado: \$	Plazo solicitado (hasta 48 meses)	Periodo de gracia solicitado (hasta 3 meses)	Valor del proyecto de inversión o del plan de negocio: \$
Nota: El porcentaje de inversión financiado será de hasta el 80% del Proyecto de Inversión, considerando el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.)			

2. DESTINO DEL FINANCIAMIENTO SOLICITADO

Capital de trabajo (Adquisición de mercancías, materia prima, insumos en general; cubrir costos y gastos de operación propios del negocio hasta por 3 tres meses o inversión en desarrollo tecnológico, así como para el pago de rentas de licencias para el uso de software, programas o aplicaciones informáticas o tecnológicas desarrolladas por un tercero que contribuyan a la operación del negocio)	<input type="checkbox"/> Activo Fijo (Adquisición de maquinaria, mobiliario, equipo de transporte o equipamiento para la actividad del negocio, así como adecuaciones al inmueble donde se localiza la Unidad Económica de la Persona solicitante.)	<input type="checkbox"/> Ambos destinos
---	--	--

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)	* 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:			
* Tipo de vivienda (en donde vive): <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada		* 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				
* Posición en la Familia: <input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		* Es sostén de la Familia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	*Nº dependientes económicos:	* Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre		
* Régimen conyugal: <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.)			Si _____	No _____	Prefiero no responder _____	
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?	Si	Especifique el pueblo o comunidad:			No	Prefiero no responder:

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:	Número interior:	Colonia / Comunidad:									
Municipio:	Estado:	Código postal:	Teléfono celular:									
Descripción de la actividad (qué productos vende, comercializa o produce):			Nombre comercial:									
Sector: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 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):		* No de empleados (Incluyendo solicitante) en total:		*Sus ventas son al:		*Su mercado es principalmente:				
Años	Meses	Años	Meses	Hombres	Mujeres	Contado	Crédito	Ambos	Local	Estatal	Nacional	Extranjero

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. DERIVADO DE LA VISITA DE INSPECCIÓN PLASMAR LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL ANÁLISIS EFECTUADO:

--	--	--	--	--

9. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 1:

* Nombre(s):	* Apellido paterno:	* Apellido materno:		
Razón social (en caso de ser persona moral):				
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: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Teléfono de casa (no celular):	Teléfono de negocio:	Teléfono celular:	Correo electrónico:	
* Tipo de vivienda (en donde vive): <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada		* 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		
* Posición en la Familia: <input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		* Es sostén de la Familia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	* N° dependientes económicos:	* Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre
* Régimen conyugal: <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Datos del cónyuge Nombre completo: * Teléfono celular: *Correo Electrónico:		

10. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 2:

* Nombre(s):	* Apellido paterno:	* Apellido materno:		
Razón social (en caso de ser persona moral):				
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: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Teléfono de casa (no celular):	Teléfono de negocio:	Teléfono celular:	Correo electrónico:	
* Tipo de vivienda (en donde vive): <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Prestada		* 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		
* Posición en la Familia: <input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		* Es sostén de la Familia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	* N° dependientes económicos:	* Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre
* Régimen conyugal: <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Datos del cónyuge Nombre completo: * Teléfono celular: *Correo Electrónico:		

11. 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>

12. 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 Nombre y firma de la persona obligada solidaria 1 (persona referida en el punto 9)	Firma persona obligada solidaria 1
Nombre persona obligada solidaria 2 Nombre y firma de la persona obligada solidaria 2 (persona referida en el punto 10)	Firma persona obligada solidaria 2
Nombre y firma	Nombre y Firma
Especialista en crédito de la Financiera Nombre y firma de las personas servidores públicos de la Financiera y Apoyos <<Tú Puedes Guanajuato>>	Jefe de Sucursal de la Financiera
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.	
13. PERSPECTIVA DE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS, EQUIDAD, INCLUSIÓN Y DIVERSIDAD SOCIAL.	
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.	