



SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO RENUEVA TU TAXI

Folio:

Versión del formato
V.2

Sucursal:

ANEXO II

1. MONTO DE FINANCIAMIENTO

*Monto solicitado: \$	Plazo solicitado (hasta 60 meses)	Periodo de gracia solicitado (hasta 3 mes)	Valor comercial del vehículo a adquirir: \$
-----------------------	-----------------------------------	--	--

2. DESTINO DEL FINANCIAMIENTO SOLICITADO: en cualquiera de sus modalidades, deberá ser para la compra de vehículo tipo sedán destinado a la prestación del servicio público de transporte de personas, en la modalidad de alquiler sin ruta fija «Taxi», de modelos del 2023 o posterior.

☐ Renovación vehicular por vida útil Modelo del vehículo _____

☐ Renovación vehicular por siniestro (Que el vehículo siniestrado a renovar sea modelo 2018 o posterior) Modelo del vehículo _____

3. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE /PERSONA CONCESIONARIA, PERMISIONARIA O CESIONARIA / REPRESENTANTE LEGAL (persona física o moral):

* 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:			
<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			
* Posición en la Familia:		* Es sostén de la Familia:		* N° dependientes económicos:	
<input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Si <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	
* Régimen conyugal:		Datos del cónyuge del solicitante			
<input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Nombre completo:			
		* Teléfono celular:		* Correo Electrónico:	
¿Es una persona Migrante?		Sí _____		No _____	
		¿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	Intellectual
					Psicosocial
¿Se identifica usted como perteneciente a un pueblo o comunidad indígena?		Sí _____		No _____	
		Especifique el pueblo o comunidad:		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 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:	
<input type="checkbox"/> 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	
* Antigüedad del negocio (años, meses):		* Experiencia en el giro (años, meses):		* N° de empleados (incluyendo solicitante) en total:	
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. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 1:				
* Nombre(s):	* Apellido paterno:	* Apellido materno: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
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)	* Género:	
		Domicilio actual En la ciudad	Femenino Masculino	Otro: _____
Teléfono de casa (no celular):	Teléfono de negocio:	Teléfono celular:	Correo electrónico:	
* Tipo de vivienda (en donde vive):		* Escolaridad:		
<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		
* Posición en la Familia:		* Es sostén de la Familia:	* Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Si <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	
* Régimen conyugal:		Datos del cónyuge		
<input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Nombre completo:		
		* Teléfono celular:		* Correo Electrónico:

9. 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)	* Género:	
		Domicilio actual En la ciudad	Femenino Masculino	Otro: _____
Teléfono de casa (no celular):	Teléfono de negocio:	Teléfono celular:	Correo electrónico:	
* Tipo de vivienda (en donde vive):		* Escolaridad:		
<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		
* Posición en la Familia:		* Es sostén de la Familia:	* Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Si <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	
* Régimen conyugal:		Datos del cónyuge		
<input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes		Nombre completo:		
		* Teléfono celular:		* Correo Electrónico:

10. 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	
11. 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 1
Nombre y firma de la persona obligada solidaria 1 (persona referida en el punto 8)	
Nombre persona obligada solidaria 2	Firma persona obligada solidaria 2
Nombre y firma de la persona obligada solidaria 2 (persona referida en el punto 9)	
Nombre y firma	Nombre y Firma
Especialista en crédito de la Financiera	Jefe de Sucursal de la Financiera
Nombre y firma de las personas servidoras públicas de la Financiera y Apoyos Tú Puedes Guanajuato.	
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.	
12. 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.	