



SOLICITUD DE FINANCIAMIENTO EVOLUCIONA

Sucursal:

Folio:

Versión del formato
V.2

ANEXO II

1. MONTO DE FINANCIAMIENTO

| | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Monto solicitado: \$ | Plazo solicitado (hasta 60 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 hasta el 90% noventa por ciento 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 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/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: |
| 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 | |
| <input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro | | <input type="checkbox"/> Es sostén de la Familia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes | | <input type="checkbox"/> * N° dependientes económicos: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión libre | |
| <input type="checkbox"/> * Posición en la Familia: | | <input type="checkbox"/> * Escolaridad: | |
| <input type="checkbox"/> * Régimen conyugal: | | <input type="checkbox"/> * Estado civil: | |
| <input type="checkbox"/> * Nombre completo: | | <input type="checkbox"/> * Teléfono celular: <input type="checkbox"/> *Correo Electrónico: | |
| <input type="checkbox"/> ¿Es una persona Migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> ¿A que países migró? <input type="checkbox"/> 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) | | <input type="checkbox"/> 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). | | <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? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: | |
| * Descripción de la actividad (que productos vende, comercializa o produce): | | | | *Nombre "COMERCIAL": | |
| <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Agroindustria <input type="checkbox"/> Artesanal | | <input type="checkbox"/> *Sector: Establecido (Fijo) <input type="checkbox"/> Ambulante (semi fijo) | | <input type="checkbox"/> *Tipo de Local: 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): | | <input type="checkbox"/> *Experiencia en el giro (años, meses): | | <input type="checkbox"/> * No de empleados (Incluyendo solicitante) en total: | |
| <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses | | <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses | | <input type="checkbox"/> *Sus ventas son al: <input type="checkbox"/> Contado <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/> Ambos | |
| | | | | <input type="checkbox"/> *Su mercado es principalmente: <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estatal <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> 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? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Actualmente es obligado solidario o aval en otro financiamiento en esta Institución? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Actualmente es persona servidora pública de elección popular, titular, personal directivo de las dependencias y entidades de la administración pública federal, estatal o municipal? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|--|--|
| | |
| | |

9. DATOS DE LA PERSONA GARANTE HIPOTECARIA (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) | * 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): | | * 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: | | * 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 Nombre completo: | | * Teléfono celular: | | | | *Correo Electrónico: | | |
| <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal | <input type="checkbox"/> Separación de bienes | | | | | | | | | |

10. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 1:

| | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| * 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): | | * 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: | | * 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 Nombre completo: | | * Teléfono celular: | | | | *Correo Electrónico: | | |
| <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal | <input type="checkbox"/> Separación de bienes | | | | | | | | | |

11. DATOS DE LA PERSONA OBLIGADA SOLIDARIA 2:

| | | | | |
|--|----------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| * Nombre(s): | * Apellido paterno: | | * Apellido materno: | |
| R.F.C. (con homoclave): | C.U.R.P. | | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): | Estado de Nacimiento: |
| 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"/> |
| 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 | | |
| <input type="checkbox"/> Jefe <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | * Nº dependientes económicos: | * Estado civil: |
| <input type="checkbox"/> Sociedad Conyugal <input type="checkbox"/> Separación de bienes | | Datos del cónyuge Nombre completo: * Teléfono celular: * Correo Electrónico: | | |

12. 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>

13. 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 _____, quién es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de lo que se está celebrando. | |
| Nombre persona garante hipotecario | Firma persona garante hipotecario |
| Nombre y firma de la persona garante hipotecario (persona referida en el punto 9) | |
| Nombre persona obligada solidaria 1 | Firma persona obligada solidaria 1 |
| Nombre y firma de la persona obligada solidaria 1 (persona referida en el punto 10) | |
| Nombre persona obligada solidaria 2 | Firma persona obligada solidaria 2 |
| Nombre y firma de la persona obligada solidaria 2 (persona referida en el punto 11) | |
| 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.

14. 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.