



SOLICITUD DE CRÉDITO

Folio: _____

INSTRUCCIONES: El trámite de esta solicitud es gratuito. Completa la información Solicitada con tinta azul o negra de manera correcta, sin abreviaturas, con letra de molde sin tachaduras. No olvide firmar la solicitud en todos los espacios requeridos..

Fecha dd/mm/aaaa: _____ / _____ / _____

Lugar: _____

PRODUCTO

PYMEfectivo Crédito Revolvente: 3601-440-030981/02-02596-0721 PYMEfectivo con Garantía Prendaria: 3601-439-036162/01-01750-0522 PYMEfectivo Crédito Simple: 3601-439-030983/03-02595-0721

INFORMACIÓN CRÉDITO

Formal Autoempleo Destino del crédito: _____Monto solicitado: \$ _____ Plazo: _____ Periodicidad de pago: _____ Días de pago: _____ Coacreditado: Si NO Aval: Si NO Domiciliación de pago: Si No No. de cuenta: _____ Banco: _____ Clabe Interbancaria: _____Medio de disposición: Transferencia No. de cuenta: _____ Banco: _____ Clabe Interbancaria: _____ Orden de Pago Cheque Efectivo ATM

Si el cliente elige la transferencia como medio de disposición; a través de la presente solicitud el Cliente instruye expresamente a Apoyo Económico Familiar a S.A. de CV. SOFOM, E.N.R. para que la disposición del crédito sea depositada en cualquiera de las cuentas señaladas en la presente solicitud. Asimismo, el cliente acepta que el o los comprobantes de las transferencias que efectue Apoyo Económico Familiar a S.A. de CV. SOFOM, E.N.R. a las cuentas aquí señaladas serán prueba irrefutable de las disposiciones del Crédito.

DATOS SOLICITANTE

Nombre(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

RFC con homoclave: _____ CURP: _____ Firma Electrónica (FIEL): _____

Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa: _____ / _____ / _____ Entidad federativa de nacimiento: _____ País de nacimiento: _____

Nacionalidad: Mexicana Otra: _____ Género: F M No. De dependientes económicos: _____Estado civil: Casado(a) Soltero (a) Divorciado (a) Unión libre Viudo (a) Separado (a) Correo electrónico: _____

Teléfono particular (Incluir lada): _____ Teléfono celular: _____ Compañía telefónica: _____ Horario para localizarlo: _____

Domicilio particular: Calle/Avenida: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____

C.P.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Alcaldía /Municipio: _____ Entre calles: _____

País: _____ Antigüedad en el domicilio: Años: _____ Meses: _____ Tipo de vivienda: Propia Rentada Familiar Hipotecada Huésped Otro: _____

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y MONITOREO DE INFORMACIÓN CREDITICIA (BURÓ DE CRÉDITO)

Por este conducto autorizo expresamente a Apoyo Económico Familiar, S.A. de C.V. SOFOM, ENR., para que por conducto de sus funcionarios facultados, lleve a cabo investigaciones sobre mi comportamiento crediticio y obtenga valoraciones numéricas en las Sociedades de Información Crediticia que estime conveniente. Asimismo, declaro que conozco la naturaleza de las sociedades de información Crediticia y de la información contenida en Reportes de Crédito y Reporte de Crédito Especial, así también conozco la naturaleza y alcance de la información que solicitará Apoyo Económico Familiar, S.A. de C.V. SOFOM, ENR., y el uso que hará de tal información y de que Apoyo Económico Familiar, S.A. de C.V. SOFOM, ENR., podrá realizar consultas periódicas de mi historial crediticio, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un periodo de 3 años contados a partir de la fecha de autorización y/o durante el tiempo que mantengamos relación jurídica. Estoy consciente y acepto que este documento quede bajo custodia de Apoyo Económico Familiar, S.A. de C.V. SOFOM, ENR., para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para Regular las Sociedades de Información Crediticia.

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Fecha de consulta: _____ Folio de consulta: _____

DATOS DEL CÓNYUGUE DEL SOLICITANTE

Nombre (s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Teléfono celular: _____

INFORMACIÓN LABORAL DEL SOLICITANTE

Empleado (asalariado) Pensionado Micronegocio (independiente) Ocupación: _____

Razón Social, Nombre de la empresa, Negocio o Patrón: _____ Giro de la Empresa/Negocio: _____

Domicilio laboral/Negocio: Calle/Avenida: _____ No. Exterior: _____ No. Interior: _____ Colonia: _____

C.P.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Alcaldía/Municipio: _____ Entre calles: _____

Antigüedad en el empleo/Negocio: Años: _____ Meses: _____ Fecha de Ingreso/Inicio de Negocio: _____ / _____ / _____ Teléfono (Incluir lada): _____

Extensión: _____ Horario de trabajo: _____ Sueldo fijo o base mensual: \$ _____ Frecuencia de pago: Diario Semanal Quincenal Mensual Otro: _____

Nombre completo del Jefe Inmediato: _____ Puesto: _____ Monto de otros ingresos: \$ _____

Fuente de ingresos: _____ Monto de pagos/Gastos realizados al mes: \$ _____

LLENAR SÓLO EN CASO DE SER EMPLEADO ASALARIADO

Área/Departamento o Sección donde labora: _____ Puesto: _____ Cotiza para: IMSS ISSSTE PEMEX Otro: _____ No. de Seguridad Social: _____

LLENAR SOLO PARA MICRONEGOCIO (INDEPENDIENTE)

Tipo de establecimiento: Local Puesto Otro: _____ El negocio se encuentra en: Local comercial Domicilio (hogar) Mercado Público Tianguis Bazar Vía Pública
 El lugar es: Propio Rentado Prestado Otro: _____ Qué actividad realiza: _____
 Días de Trabajo: L M MC J V S D Ingreso mensual neto (disminuyendo gastos y compra de mercancía): \$ _____

REFERENCIAS PERSONALES DEL SOLICITANTE (DOMICILIO DISTINTO)

Ref1. Nombre Completo: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular: _____
 Ref2. Nombre Completo: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

REFERENCIAS DEL CO-SOLICITANTE (DOMICILIO DISTINTO)

Ref1. Nombre Completo: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular: _____
 Ref2. Nombre Completo: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

REFERENCIAS COMERCIALES (DOMICILIO DISTINTO)

Ref1. Nombre Completo: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular: _____
 Ref2. Nombre Completo: _____ Parentesco: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

CONTRATACIÓN DE SEGUROS Y SERVICIOS

Desea contratar alguno de los siguientes seguros y/o servicios?
 Seguro de vida e invalidez total y permanente Si No Seguro de desempleo o invalidez total temporal Si No Servicios de Apoyo Funerario Si No
 En caso afirmativo complete los siguientes datos: Nombre completo del beneficiario: _____ Parentesco - Relación: _____ Porcentaje: _____

CONFIRMACIONES

a) ¿Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, como son, entre otros, jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos? Si No
 b) ¿Usted es cónyuge o tiene parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado con personas que caen en el supuesto de la pregunta anterior? Si No

DECLARACIONES

a) Manifiesto expresamente que con anterioridad al llenado de la presente solicitud y con anterioridad a que Apoyo Económico Familiar S.A. de C.V. SOFOM, E.N.R. solicitará cualquiera de mis datos personales asentados en la presente solicitud; Apoyo Económico Familiar S.A. de C.V. SOFOM, E.N.R. me explicó el tratamiento que le dará a mis datos personales mediante la entrega de un Aviso de Privacidad, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Asimismo, Apoyo Económico Familiar S.A. de C.V. SOFOM, E.N.R. me dio a conocer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, revocación, limitación en el uso y/o divulgación con los que cuento y la forma cómo los puedo hacer valer.
 b) Declaro que los datos asentados en esta solicitud son correctos y me obligo a notificar inmediatamente a Apoyo Económico Familiar S.A. de C.V. SOFOM, E.N.R., sobre cualquier cambio en la información asentada en esta solicitud.
 c) Manifiesto que es de mi conocimiento que Apoyo Económico Familiar S.A. de C.V. SOFOM, E.N.R. se reserva el derecho de declinar esta solicitud.
 d) Declaro expresamente que para efectos del crédito que solicito, actúo a nombre y por cuenta propia.
 e) Hago constar expresamente que Apoyo Económico Familiar S.A. de C.V. SOFOM, E.N.R. hizo de mi conocimiento el clausulado del contrato cuyos datos de la inscripción en el RECA de la CONDUSEF obran asentados en la presente solicitud de crédito. Asimismo, manifiesto expresamente que se hizo de mi conocimiento y estoy conforme en que podrá consultar el contrato que formalizo mediante la presente solicitud de crédito en las sucursales y página de internet de Apoyo Económico Familiar S.A. de C.V. SOFOM, E.N.R.

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO DE APOYO ECONÓMICO

Nombre del promotor/vendedor: _____ No. De promotor o vendedor: _____ Oficina o sucursal de disposición: _____
 Promoción: Si No Describa: _____
 Cómo se enteró el cliente de nosotros: TV Radio Internet Volante Revista/Periódico Espectacular Ejecutivo en calle
 Referido Mensaje celular Correo electrónico

Solicitud de crédito V4.0

Fecha de aplicación: 03/08/2021

Pyme Revolvente: Pyme Simple: PYMEfectivo con Garantía Prendaria:
 Clave: AEF-DEC-FO-22 Clave: AEF-DEC-FO-23 3601-439-036162/01-01750-0522



NOMBRE Y FIRMA DEL PROMOTOR/VENDEDOR