

PASEO DE LOS INSURGENTES 210 PISO C2 LOCAL15 JARDINES DEL MORAL TEL. (477)170 0961

FECHA \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

**I.- DATOS PERSONA DEL SOLICITANTE:**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **DESTINO DEL CREDITO:** \_\_\_\_\_

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

GENERO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ R.F.C: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ TIPO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_ NUMERO DE AFILIACIÓN AL IMSS O ISSSTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

ENTRE CALLE \_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD O POBLACIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

PAIS: \_\_\_\_\_ TEL. PARTICULAR: \_\_\_\_\_ OTRO TELEFONO: \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR: \_\_\_\_\_

TIPO DE COMPROBANTE DE DOMICILIO: \_\_\_\_\_ FECHA DEL COMPROBANTE: \_\_\_\_\_

EL DOMICILIO MANIFESTADO COINCIDE CON EL DOMICILIO DE LA IDENTIFICACION OFICIAL: **SI** ☐ **NO** ☐

**VIVIENDA EN CASA:**

PROPIA ☐ Con Hipoteca ? ☐ SI ☐ NO ☐

RENTADA ☐ De padres o Familiares ☐

OTRAS ☐

Edades de los dependientes: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE Y MADRE: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_

**BIENES MANCOMUNADOS:** ☐ **BIENES SEPARADOS:** ☐

Divorciado-Paga Pensión Alimenticia ? ☐ NO ☐ SI

Importe mensual de la pensión: \$ \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

**II.- EMPLEO U OCUPACIÓN: ACTUAL**

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**GIRO DE LA EMPRESA:** \_\_\_\_\_ **TIPO DE CONTRATO:** FIJO ☐ TEMPORAL ☐

**NOMBRE DE JEFE INMEDIATO:** \_\_\_\_\_ **INDEPENDIENTE:** ☐ **OTROS:** ☐

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_ **COLONIA:** \_\_\_\_\_ **C.P.** \_\_\_\_\_

**ENTRE CALLE** \_\_\_\_\_ **Y** \_\_\_\_\_

**DELEGACIÓN O MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD O POBLACIÓN:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**ÁREA O DEPARTAMENTO:** \_\_\_\_\_ **PROFESIÓN:** \_\_\_\_\_

**PUESTO ACTUAL:** \_\_\_\_\_

**COMPRUEBA INGRESOS CON:**

<input type="checkbox"/> ASALARIADO	<input type="checkbox"/> COMERCIO FIJO	<input type="checkbox"/> COMISIONISTA
<input type="checkbox"/> NEGOCIO PROPIO	<input type="checkbox"/> INVERSIONISTA	<input type="checkbox"/> PRESTADOR DE SERVICIOS FIJO
<input type="checkbox"/> POR RENTAS	<input type="checkbox"/> COMERCIO NO FIJO AMBULANTE	<input type="checkbox"/> SERVICIOS PROFESIONALES
<input type="checkbox"/> EMPLEO INFORMAL FAMILIAR	<input type="checkbox"/> EMPLEADO INFORMAL NO FAMILIAR	<input type="checkbox"/> PRESTADOR DE SERVICIOS NO FIJO
<input type="checkbox"/> OTROS ¿ cuales ? _____		

ANTIG. TRABAJO ACTUAL: \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES. ANTIG. TRABAJO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ AÑOS \_\_\_\_\_ MESES.

**III.- INFORMACIÓN ECONÓMICA (datos en pesos)**

**INGRESOS MENSUAL NETO:**

ORDINARIOS : \$ \_\_\_\_\_

EXTRAORDINARIOS : \_\_\_\_\_

SUB-TOTAL : \_\_\_\_\_

INGRESOS CÓNYUGE : \_\_\_\_\_

TOTAL DE INGRESOS : \_\_\_\_\_

**EGRESOS MENSUALES:**

RENTA : \$ \_\_\_\_\_

HIPOTECAS : \_\_\_\_\_

OTROS GASTOS : \_\_\_\_\_

MANUTENCIÓN : \_\_\_\_\_

TOTAL DE EGRESOS : \_\_\_\_\_

**ESPECIFICAR INGRESOS EXTRAORDINARIOS:**

**REMANENTE**

Declaro ser Mexicano (a) mayor de edad, con el oficio indicado en este documento, declarando bajo protesta de decir verdad, que en éste mismo, no existe dolo, mala fe, ni se sufre lesión alguna, en virtud de que actualmente no estoy bajo alguna necesidad grave ó apremiante económicamente, además de que conozco los factores financieros del mercado, asentando que los recursos solicitados serán empleados para capital de trabajo de mi negocio y/o Consumo Personal, así mismo; autorizo expresamente a Impulsora de Negocios del Centro, S.A. de C.V. SOFOM, ENR. para que corrobore en todos los medios conocidos disponibles, la información vertida por mí, en la presente solicitud.