



Solicitud de Crédito  
Persona Física

Arrendamiento Puro

Fecha:

|     |     |     |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |
| Día | Mes | Año |

I. DATOS GENERALES

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Apellido Paterno:    | Apellido Materno:    | Nombre(s):           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|   |                       |
|---|-----------------------|
| Ocupación, Profesión o Principal Actividad: | R.F.C. con Homoclave: |
| <input type="text"/>                        | <input type="text"/>  |

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
| Genero:  | Estado o Entidad Federativa de Nacimiento: | País de Nacimiento:  |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> |

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Nacionalidad:        | C.U.R.P.:            | Edad:                | Fecha de Nacimiento: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                      |                      |                      | Día Mes Año          |

|                       |                         |                      |                      |
|-----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Domicilio Particular: |                         |                      |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Calle y Núm.          | Delegación / Municipio. | Ciudad y Estado.     | Colonia.             |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                       |                         |                      | Código Postal. País. |

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Teléfono Particular: | Telefono Celular:    | Telefono Oficina:    | Ext.:                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Tipo de Vivienda:   |  |  |  |
| Propias <input type="checkbox"/> Rentadas <input type="checkbox"/> Hipotecadas <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) <input type="text"/> |  |  |  |

|                                    |                      |                           |                      |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Años de residencia en el domicilio | <input type="text"/> | Tiempo de vivir en México | <input type="text"/> |
|------------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|

|                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| Número de Dependientes Económicos | <input type="text"/> |
|-----------------------------------|----------------------|

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Correo Electrónico:  | Grado de Estudios:   | Estado Civil:        | Régimen Matrimonial: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

\* Para personas físicas residentes en el extranjero, incorporar los datos de su domicilio en su país de residencia.

|                      |                         |                      |                      |
|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Domicilio:           |                         |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Calle y Num.         | Delegación / Municipio. | Ciudad y Estado.     | Colonia.             |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                      |                         |                      | Código Postal. País. |

|                      |   |
|----------------------|---|
| Teléfono:            | Indique las razones por las que desea realizar operaciones en México: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>  |

II. DATOS CÓNYUGE Ó CONCUBINA (PAREJA)

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Apellido Paterno:    | Apellido Materno:    | Nombre(s):           |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|  |                      |                      |                       |
|--|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Genero:  | C.U.R.P.:            | Fecha de Nacimiento: | R.F.C. con Homoclave: |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>  |
|  |                      | Día Mes Año          |                       |

|                      |  |                      |
|----------------------|--|----------------------|
| Nacionalidad:        | Estado o Entidad Federativa de Nacimiento: | País de Nacimiento:  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> |

\* En caso de indicar que el cliente esté bajo el régimen de sociedad conyugal, deberá incluir la información respecto a sus bienes y obligaciones contraídas en el Formato de Declaración Patrimonial.

### III. INFORMACION LABORAL DEL CLIENTE

Tipo de Empleo:

Sector Laboral:

Ocupación o cargo:

Antigüedad:

Naturaleza del Empleo:

Actividad o Giro de la Empresa:

Nombre de la Empresa: (en caso que no aplique colocar "No Aplica")

Nombre y puesto de jefe inmediato

Teléfono

Nombre y puesto de jefe anterior

Teléfono

Ocupación o cargo anterior:

Antigüedad:

Domicilio del lugar de Trabajo:

Calle y Num.

Colonia.

Delegación / Municipio.

Ciudad y Estado.

Código Postal.

País.

Si su actividad se encuentra clasificada como actividad vulnerable, favor de llenar el "Anexo 2".

### IV. REFERENCIAS

REFERENCIAS PERSONALES: (Indicar dos referencias familiares y dos no familiares que lo conozcan por un periodo mínimo de tres años y que no vivan con Usted)

1 Nombre Completo:

Relación o Parentesco:

Tiempo de Conocerlo:

Domicilio:

Teléfono:

2 Nombre Completo:

Relación o Parentesco:

Tiempo de Conocerlo:

Domicilio:

Teléfono:

3 Nombre Completo:

Relación o Parentesco:

Tiempo de Conocerlo:

Domicilio:

Teléfono:

4 Nombre Completo:

Relación o Parentesco:

Tiempo de Conocerlo:

Domicilio:

Teléfono:

REFERENCIAS COMERCIALES:

Proveedor:

Contacto:

Teléfono:

1

2

3

**REFERENCIAS BANCARIAS:**

|  |   |  |                      |
|--|---|--|----------------------|
| <b>1 Nombre Institución:</b><br><input type="text"/> | <b>No. de Cuenta:</b><br><input type="text"/> | <b>Sucursal:</b><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Nombre Contacto:</b><br><input type="text"/>      | <b>Puesto:</b><br><input type="text"/>        | <b>Teléfono:</b><br><input type="text"/> |                      |
| <b>2 Nombre Institución:</b><br><input type="text"/> | <b>No. de Cuenta:</b><br><input type="text"/> | <b>Sucursal:</b><br><input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <b>Nombre Contacto:</b><br><input type="text"/>      | <b>Puesto:</b><br><input type="text"/>        | <b>Teléfono:</b><br><input type="text"/> |                      |
| <b>3 Nombre Institución:</b><br><input type="text"/> | <b>No. de Cuenta:</b><br><input type="text"/> | <b>Sucursal:</b><br><input type="text"/> |                      |
| <b>Nombre Contacto:</b><br><input type="text"/>      | <b>Puesto:</b><br><input type="text"/>        | <b>Teléfono:</b><br><input type="text"/> |                      |

**V. GARANTIAS**

**GARANTÍAS PROPUESTAS:** (Describir la Garantía e indicar el valor estimado. En el caso de inmuebles, indicar ubicación y datos de inscripción en el RPPC)

**VI. DATOS DEL AVAL Y OBLIGADO SOLIDARIO**

**Nombre y Apellidos o Razón Social:**

**Fecha de Nacimiento**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Día                  | Mes                  | Año                  |

**Fecha de Apertura**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Día                  | Mes                  | Año                  |

**R.F.C. con Homoclave:**

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

**Domicilio Fiscal:**

Calle y Núm.

Delegación / Municipio.

Ciudad y Estado.

Colonia.

Código Postal.

País.

**Teléfono:**

**Correo Electrónico:**

**Página Web:**

**Actividad, Objeto Social ó Giro del Negocio:**

**Ocupación o Profesión, Objeto Social ó Giro del Negocio de la empresa en que presta sus servicios actualmente:**

**Puesto que Ocupa**

**Antigüedad**

**Las Instalaciones que ocupa son:**

Propias  Rentadas  Hipotecadas

Otro (Especifique)

**Estado Civil (En caso de ser persona física)**

Responsable(s) legal(es) y/o apoderado(s) con facultades para suscribir títulos de crédito y realizar actos de administración (Administrador(es), director, gerente general o apoderado(s) legal(es) que con su firma puedan obligar a la empresa para efectos de celebrar la operación que se trate.

**Nombre Completo:**

**Ocupación o cargo:**

**Nacionalidad:**

**Escritura Núm.:**

**Nombre Notario y Núm. Notaría:**

**Fecha de Escritura:**

## VII. PERFIL TRANSACCIONAL

¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales?

¿ De donde provienen los recursos con los que pretende realizar los pagos?

¿Cuál es el destino que se pretende dar al activo en arrendamiento?

¿Pretende realizar prepagos o liquidar anticipadamente el crédito?

Si

No

Probablemente

En caso afirmativo:

Número de pagos que pretenda realizar

Monto de los pagos

Instrumento monetario con el que pretende hacer sus pagos

Transferencias Electronicas

Cheques

Efectivo

Efectivo Moneda Extranjera

Otro:

En caso de que los recursos sean de terceros, proporcione los siguientes datos del dueño de los recursos (beneficiario final)

Domicilio Fiscal:

Calle y Núm.

Colonia.

Delegación / Municipio.

Ciudad y Estado.

Código Postal.

País.

## VIII. DECLARACIONES DEL CLIENTE

1. Si su profesión, actividad o giro del negocio se identifica con cualquiera de los siguientes sectores marque el correspondiente:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casas de cambio, establecimientos cambiarios y cambistas. | <input type="checkbox"/> Agentes aduanales.                                    |
| <input type="checkbox"/> Trasmisores o dispersores de fondos.                      | <input type="checkbox"/> Agencias de viajes.                                   |
| <input type="checkbox"/> Piramides y prestamistas.                                 | <input type="checkbox"/> Construcción o desarrollos de inmuebles.              |
| <input type="checkbox"/> Organizaciones de caridad.                                | <input type="checkbox"/> Prestación de servicios profesionales independientes. |
| <input type="checkbox"/> Casinos, loterías y otros juegos de azar.                 | <input type="checkbox"/> Comercio de vehiculos aéreos, marítimos o terrestres. |
| <input type="checkbox"/> Centros nocturnos.  | <input type="checkbox"/> Servicio de blindaje.                                 |
| <input type="checkbox"/> Comercio de antigüedades y objetos de arte.               | <input type="checkbox"/> Traslado o custodia de valores o dinero.              |
| <input type="checkbox"/> Comercio en joyas, piedras y metales preciosos.           | <input type="checkbox"/> Arrendamiento de inmuebles.                           |
| <input type="checkbox"/> Fedatarios publicos.                                      | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores                             |

2. ¿Usted desempeña o ha desempeñado en el transcurso de los últimos doce meses funciones públicas o actividades políticas en territorio nacional o extranjero?

No  Si Indicar el Cargo:

3. ¿Usted tiene algún familiar por consanguinidad o afinidad o algún vínculo patrimonial con alguna persona que desempeñe o haya desempeñado en el transcurso de los últimos doce meses funciones públicas o actividades políticas en territorio nacional o extranjero?

No  Si Indicar el nombre del familiar:   
Parentesco:  Indicar el Cargo:

En caso de que las respuestas a las preguntas número 2 y 3 sean afirmativas, favor de llenar el "Anexo 1".

4. ¿Ha sido sancionado o investigado por procesos de lavado de dinero o financiación al terrorismo?

No  Si Motivo y resultado o estado actual:

**IX. ENTREVISTA CON EL CLIENTE**

---

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <b>Nombre del Promotor que realizó la entrevista:</b> | <b>Firma del Promotor que realizó la entrevista:</b> | <b>Fecha de la Entrevista:</b> |
|---|--|--------------------------------|

**Comentarios sobre la Entrevista:**

## X. ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD

Bajo protesta de decir verdad, los firmantes manifiestan que los datos son verídicos y que las firmas que calzan los documentos contractuales son las que usan en todos sus documentos públicos y privados y que fueron estampados en presencia del concesionario, además de haber recibido copia de los mismos.

Nombre Completo del Solicitante

Firma (s)

Puesto

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información aquí asentada es cierta y que el origen de los fondos, con los que se dará cumplimiento al contrato correspondiente que se derive de la presente solicitud, procedan de fuentes lícitas.

Nombre del Representante Legal de la Empresa, o de la Persona Física que fungirá como Aval y/o Obligado(s) Solidario(s)

Firma (s)

Puesto

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información aquí asentada es cierta y que el origen de los fondos, con los que se dará cumplimiento al contrato correspondiente que se derive de la presente solicitud, procedan de fuentes lícitas.

### Autorización para obtener información de las Sociedades de Información Crediticia

Autorización para consultar al representante legal de la empresa y/o persona física que fungiría como aval.

Por este conducto autorizo expresamente a MAS LEASING, S.A. de C.V. para que a través de sus funcionarios lleve a cabo investigaciones sobre mi comportamiento crediticio en las Sociedades de Información Crediticia que estime conveniente. Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, de uso que MAS LEASING, S.A. de C.V., hará de tal información y que podrá realizar consultas periódicas de mi historial crediticio, consintiendo se encuentre vigente por el tiempo en que se mantengan relaciones jurídicas y/o administrativas. estoy consiente y estoy de acuerdo que este documento quede bajo resguardo y propiedad de MAS LEASING, S.A. DE C.V., para efectos de control y cumplimiento del artículo del artículo 28 de la ley para regular a las sociedades de información crediticia.

### Autorización para consultar a la empresa.

Por este conducto autorizo expresamente a MAS LEASING, SA DE CV, para que a través de sus funcionarios facultados lleve a cabo investigaciones sobre mi comportamiento crediticio en las sociedades de Información Crediticia que estime conveniente. Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, de uso que MAS LEASING, S.A. DE C.V., hará de tal información y que esta podrá realizar consultas periódicas de mi historial crediticio, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por el tiempo en que se mantengan relaciones jurídicas y/o administrativas con mi representada. Bajo protesta de decir verdad manifiesto Ser Representante Legal de la empresa mencionada en esta Autorización. Estoy consiente y estoy de acuerdo que este documento quede bajo resguardo y propiedad de MAS LEASING, S.A. DE C.V., para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para regular a las sociedades de información crediticia

### Declaratoria.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que actúo a nombre y por cuenta propia, y que los datos contenidos y expresados en esta solicitud son ciertos, así como que los recursos con los cuales eh de pagar los servicios o productos recibidos, y las obligaciones contraídas, han sido obtenidos o generados a través de una fuente de origen lícito. El destino de los servicios o productos adquiridos será dedicado tan sólo a fines permitidos por la Ley.

Nombre del Solicitante

Firma (s)

Puesto

Nombre del Representante Legal de la Empresa, o de la Persona Física que fungirá como Aval y/o Obligado(s) Solidario(s)

Firma (s)

Puesto

Nota: Este formato deberá estar acompañado con la documentación e información requerida para poder dar trámite al otorgamiento del crédito.

Tratándose de persona moral, en nombre de su representada y por los poderes otorgados. Tratándose de personas físicas en lo personal y por su propio derecho.





MAS LEASING, S.A. DE C.V.

"Anexo 2"  
Actividad Vulnerable

|                                 |
|---------------------------------|
| Nombre del Cliente ó Prospecto: |
| Nombre del Representante Legal: |
| Giro o Actividad Preponderante: |

|   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>Información sobre la Actividad Vulnerable:</b>   |                             |                             |
| ¿La empresa cuenta con un programa de Cumplimiento de la Ley PIORPI?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuenta con políticas y procedimientos para identificar clientes y usuarios?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuenta con políticas y procedimientos para integrar el expediente único?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuenta con políticas y procedimientos de seguimiento y agrupación de operaciones en periodos de 6 meses?   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Cuenta con políticas y procedimientos para el resguardo de la información en un periodo de por lo menos 5 años?  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Favor de anexar al presente cuestionario lo siguiente:  |                             |                             |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Copia de Acuse de Alta ante el SAT.</li><li>• Copia de Acuse de su ultimo Aviso enviado al SAT</li><li>• Copia de Acuse del Responsable Designado para el Cumplimiento de la LPIORPI</li><li>• Copia de su manual de cumplimiento</li></ul> |                             |                             |

|   |
|---|
| <b>Información de la Actividad del Cliente:</b>   |
| Entre su cartera, se encuentran clientes con actividades vulnerables?, describa cuáles: |
| Indique que porcentaje de su cartera de clientes es reportada al SAT:                   |
| Informe cual es el producto con mayor incidencia en el reporte de las operaciones:      |
| Indique estados y/o paises donde tenga su zona de influencia:                           |
| Indique que tipos de Productos ofrece:  |
| Indique cual es el principal producto que ofrece:                                       |

|  |
|--|
| <b>Dueño Beneficiario:</b>   |
| Indique si tiene conocimiento de la existencia de un Dueño Beneficiario o Beneficiario final de los recursos, es decir, si hay una persona que sea diferente al cliente o usuario que reciba un beneficio: |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| En caso afirmativo indique el nombre del Beneficiario: _____   |

|   |
|---|
| <b>Información Adicional:</b>   |
| Declaro bajo protesta de decir verdad en mi carácter de Representante Legal que la información y documentación presentada es verdadera y correcta y autorizo a que la misma pueda ser verificada. |
| _____   |
| Nombre del Representante Legal  |
| _____   |
| Firma del Representante Legal   |

|   |
|---|
| <b>Datos de promotor responsable en el llenado del presente cuestionario:</b> |
| _____   |
| Nombre:   |
| _____   |
| Firma   |