

DATOS GENERALES

Nombre(s): MANUEL ISAAC

Apellido Paterno: PERAZA

Apellido Materno: SEGOVIA

Género: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

Fecha de Nacimiento: 12

NOVIEMBRE

País de Nacimiento: MEXICO

Entidad Federativa de Nacimiento: JALISCO

País de Residencia: MEXICO

Nacionalidad: MEXICANA

RFC con Homoclave: PESM521112SR1

Teléfono Principal: 3331063701

Teléfono 2 (opcional): 3344442328

E-mail: manuelperaza@hotmail.com

CURP: PESM521112HJCRGN09

FIFI: 00001000000407897172

Tipo y No. de Forma Migrotaria (sólo extranjeros):

Ocupación / Profesión: ARQUITECTO

Actividad Económica / Giro Empresarial: ARQUITECTO PENSIONADO

Empresa en la que labora

Nombre de la Empresa:

Avenida / Calle:

Número Ext.:

Número Int.:

Colonia:

Delegación / Municipio:

Ciudad:

Estado: .

C.P:

País:

Domicilio particular en el lugar de residencia

Avenida / Calle: AVC

Número Ext.: 519

Número Int.:

Colonia: SEATTLE

Delegación / Municipio: ZAPOPAN

Ciudad: ZAPOPAN

Estado: JALISCO

C.P: 45150

País: MEXICO

Banco: BANCOMER

Clabe: 012320014181041668

Cuenta: 1418104166

DATOS COMPLEMENTARIOS

Productos y/o Servicios que contratará con esta SOFOM ENR:

CREDITO SIMPLE

Origen de los recursos a operar: PENSIONES

Monto de ingresos comprobables:

800,000.00

Monto de operación (estimado mensual):

Destino de los recursos a operar: EDIFICACION CASA HABITACION

Número de transacciones estimadas al mensual:

Frecuencia transaccional (estimado mensual):

¿Realizará pagos en efectivo? Si No

Media Baja 🗸

Alta



- ¿Desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nível federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? ✓ Si No En caso POSITIVO, especificar: Dependencia: SECRETARIA DEL BIENESTAR Principales Fruncipales Fruncipales Fruncipales Fruncipales COORDINADOR DE PROGRAMAS SOCIALES - ¿Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? Si ✓ No En caso POSITIVO, especificar: Nombre: Parentesco / Relación: Dependencia: Principales Fruncipales Periodo de Ejercicio: - ¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá la derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona lísica o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": ¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona lísica o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedares de Recursos": Declaratoria del cliente Declaratoria del cliente Declaratoria del cliente Declaratoria de la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito. Nombre y Firma del Cliente	En caso de utilizar dinero en etectivo, tavor de espe	eciticar motivos y monto estimado mensual:
Dependencia: SECRETARIA DEL BIENESTAR Principales Funciones: COORDINADOR DE PROGRAMAS SOCIALES - & Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? Si ✓ No En caso POSITIVO, especificar: Nombre: Parentesco / Relación: Dependencia: Puesto: Principales P		
Principales Funciones: COORDINADOR DE PROGRAMAS SOCIALES Período de Ejercicio: - &Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeñá durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? Si ✓ No En caso POSITIVO, especificar: Nombre: Parentesco / Relación: Dependencia: Puesto: Principales Periodo de Ejercicio: - ¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá la derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": ¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es licito.	En caso POSITIVO, especificar:	
 - ¿Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? Si ✓ No En caso POSITIVO, especificar:	Dependencia: SECRETARIA DEL BIENESTAR	Puesto: DELEGADO FEDERAL EN EL ESTADO DE NAYARIT
actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o en algún país extranjero? Si No En caso POSITIVO, especificar: Nombre: Parentesco / Relación: Dependencia: Puesto: Principales Periodo de Ejercicio: -²Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá la derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Si No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": ²Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaratoria del cliente Declaratoria del niformación y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito.	Principales Funciones: COORDINADOR DE PROGRAMAS SOCIALES	
Nombre: Dependencia: Principales Principales Periodo de Ejercicio: - ¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá la derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": ¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito.	actualmente o desempeñó durante el año inmedia	to anterior algún cargo público destacado a nivel federal,
Dependencia: Principales Principales Funciones: - 2Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá la derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": 2Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito. GUADALAJARA, JAL 18 JUNIO 2021	En caso POSITIVO, especificar:	
Principales Funciones: - Periodo de Funciones: - Periodo de Funciones: - Periodo de Fincipales Funciones: - Periodo de Isoperations Funciones: - Periodo de Fincipales Funciones: - Periodo de Fincipales Funciones: - Periodo de Fincipales Funciones: - Periodo de Isoperations Funciones: - Periodo de Isoperations Funciones: - Periodo de Isoperation Funciones: - Periodo de Isoperation de Identificación de Propietarios Reales - Promato de Identificación de Propietarios Reales - Propietarios Reales - Promato de Identificación de Propietarios Reales - Propietarios Reales - Promato de Identificación de Propietarios Reales - Pr	Nombre:	Parentesco / Relación:
Funciones: - ¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá la derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Si No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": ¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito.	Dependencia:	Puesto:
derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales": *Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito.		
èAlgún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si ✓ No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito.	derechos de uso, aprovechamiento o disposición d	de las operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá los e los recursos operados, siendo el verdadero propietario de
que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo? Si ✓No En caso positivo, especificar abajo el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito. GUADALAJARA, JAL 18 JUNIO 2021		persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación
de Proveedores de Recursos": Declaratoria del cliente Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito. GUADALAJARA, JAL 18 JUNIO 2021	que se establece con esta SOFOM sin ser el titular	
Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia y que el origen de mis recursos es lícito. GUADALAJARA, JAL 18 JUNIO 2021		persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación
y que el origen de mis recursos es lícito. GUADALAJARA, JAL 18 JUNIO 2021	Declaratoria del cliente	
		entadas son verdaderas, que actúo por cuenta propia
Lugar y Fecha de Elaboración Nombre y Firma del Cliente	GUADALAJARA, JAL 18 JUNIO 2021	
	Lugar y Fecha de Elaboración	Nombre y Firma del Cliente

^{*}Este formato será evidencia de la entrevista personal a la que se refiere la 7a. de las Disposiciones de Carácter General del Art. 95 bis de la LGOAAC.



DOCUMENTACION A ENTREGAR:		
• Documentación Persona Fisica:		
 Identificación Oficial (IFE o Pasaporte) 🗸 Comprobante c	de domicilio 🗸 Cédula Fiscal (RFC c/ homoclave)
• Crédito con garantía personal aval:		
Nombre Completo Aval: REBECA PERAZ	A GONZALEZ	
Avenida / Calle: LITORAL		
Número Ext.: 2507 Número	Int.: 3	Colonia: BOSQUES DE LA VICTORIA
Delegación / Municipio: GUADALAJARA		Ciudad: GUADALAJARA
Estado: JALISCO	C.P: 44530	País: MEXICO
Teléfono: 3311165542	email: rebecapg@hotmai	il.com
✓ Identificación Oficial (IFE o Pasaporte) 🔽 Comprobante c	de domicilio 🔽 Cédula Fiscal (RFC c/ homoclave)
• Crédito con garantía inmobiliaria: 🔲 \$	2,500.00 (A cuenta d	de Avalúo y Gastos Notariales) 🔲 Escritura
Poderes Comprobante de no ade	udo del SIAPA 🔲 Co	omprobante de pago predial actualizado

Número de dueños del inmueble 🔲 Acta de matrimonio y/o divorcio



DATOS GENERALES

Nombre(s): MANUEL ISAAC	Apellido Paterno: PERAZA
Apellido Materno: SEGOVIA	Estado Civil: CASADO

Fecha de Nacimiento: 12 NOVIEMBRE 1952 País de Nacimiento: MEXICO

Entidad Federativa de Nacimiento: JALISCO

País de Residencia: MEXICO Nacionalidad: MEXICANA

Género: MASCULINO RFC con Homoclave: PESM521112SR1

Teléfono Principal: 3331063701 Teléfono 2 (opcional): 3344442328

E-mail: manuelperaza@hotmail.com CURP: PESM521112HJCRGN09

FIEL: 00001000000407897172

Tipo y No. de Forma Migrotaria (sólo extranjeros):

Ocupación / Profesión: ARQUITECTO

Actividad Económica / Giro Empresarial: ARQUITECTO PENSIONADO

Empresa en la que labora

Nombre de la Empresa:

Avenida / Calle:

Número Int.: Colonia:

Delegación / Municipio: Ciudad:

Estado: País:

Domicilio particular en el lugar de residencia

Avenida / Calle: AV C

Número Ext.: 519 Número Int.: Colonia: SEATTLE

Delegación / Municipio: ZAPOPAN Ciudad: ZAPOPAN

Estado: JALISCO C.P: 45150 País: MEXICO

Banco: BANCOMER Clabe: 012320014181041668 Cuenta: 1418104166

DATOS COMPLEMENTARIOS

Productos y/o Servicios que contratará con esta SOFOM ENR:

CREDITO SIMPLE

Origen de los recursos a operar:

Monto de ingresos comprobables: 800,000 .00 Monto de operación (estimado mensual): \$9,000.00

Destino de los recursos a operar: EDIFICACION CASA HABITACION

Número de transacciones estimadas al mensual: Frecuencia transaccional (estimado mensual):

żRealizará pagos en efectivo? Si v No Baja v Media Alta



D

Formato de Identificación del Cliente Personas Físicas Mexicanas y Extranjeras Inmigrantes / Inmigradas.

En caso de utilizar dinero en efectivo, favor de especifi	car motivos y monto estimado mensual:
- ¿Desempeña actualmente o desempeñó durante el c nivel federal, estatal, municipal o distrital en México o	iño inmediato anterior algún cargo público destacado a en algún país extranjero? ✔ Si No
En caso POSITIVO, especificar:	•
Dependencia: SECRETARIA DEL BIENESTAR	Puesto: DELEGADO FEDERAL EN EL ESTADO DE NAYARIT
Principales Funciones: COORDINADOR DE PROGRAMAS SOCIALES	Periodo de Ejercicio: 01 DIC/18 AL 31 OCT/20
- ¿Su cónyuge o algún pariente por consanguinidad o actualmente o desempeñó durante el año inmediato a estatal, municipal o distrital en México o en algún país	nterior algún cargo público destacado a nivel federal,
En caso POSITIVO, especificar:	
Nombre:	Parentesco / Relación:
Dependencia:	Puesto:
Principales Funciones:	Periodo de Ejercicio: 01 DIC/18 AL 31 OCT/20
-¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de la derechos de uso, aprovechamiento o disposición de lo los mismos? Si ✓ No	as operaciones realizadas con esta SOFOM y ejercerá los s recursos operados, siendo el verdadero propietario de
En caso positivo, especificar abajo el nombre de la per de Propietarios Reales":	rsona física o moral y llenar el "Formato de Identificación
¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el que se establece con esta SOFOM sin ser el titular de a derivados del mismo? Si ✓ No	cumplimieto de las obligaciones derivadas del contrato dicho contrato ni obtener los beneficios económicos
En caso positivo, especificar abajo el nombre de la per de Proveedores de Recursos":	rsona física o moral y llenar el "Formato de Identificación
eclaratoria del cliente	
Declaro que la información y documentación presenta y que el origen de mis recursos es lícito.	das son verdaderas, que actúo por cuenta propia
GUADALAJARA, JAL 18 JUNIO 2021	* The state of the
Lugar y Fecha de Elaboración	Nombre y Firma del Cliente
*Este formato será evidencia de la entrevista personal a la que de Carácter General del Art. 95 bis de la LGOAAC.	se refiere la 7a. de las Disposiciones



DOCUMENTACIÓN A ENTREGAR:		
• Documentación Persona Fisica:		
✔ Identificación Oficial (IFE o Pasaporte)	✓ Comprobante de	e domicilio ✓ Cédula Fiscal (RFC c/ homoclave)
• Crédito con garantía personal aval:		
Nombre Completo Aval: REBECA PERAZA	A GONZALEZ	
Avenida / Calle: LITORAL		
Número Ext.: 2507 Número	Int.: 3	Colonia: BOSQUES DE LA VICTORIA
Delegación / Municipio: GUADALAJARA		Ciudad: GUADALAJARA
Estado: JALISCO	C.P: 44530	País: MEXICO
Teléfono: 3311165542	email: rebecapg@hotmail.	com
☑ Identificación Oficial (IFE o Pasaporte)	✓ Comprobante de	e domicilio 🔽 Cédula Fiscal (RFC c/ homoclave)
Poderes Comprobante de no ade	udo del SIAPA 🔲 Con	Avalúo y Gastos Notariales)
Número de dueños del inmueble	_ Acid de mainmonio	y/o divorcio