

Bueno
Completo

SOLICITUD DE CRÉDITO									
SECCIÓN I. DATOS DE SOLICITUD DEL CRÉDITO									
Fecha de solicitud:	Nombre (s) Completo (s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Núm. Ext.:		Núm. Int.:
09/12/2021	Ariadna Isabel		Molina		García		23		619
Dirección Actual del Solicitante/Ciente Calle, Avenida o Vía:									
Playa Carletilla									
Colonia o Urbanización:			Ciudad o Población:			Municipio o Delegación:			
Jose Green			Izazaro Cardenas			Izazaro Cardenas			
Estado:	Pais:	C.P.:	Entre que calles se ubica el domicilio:			Fecha de Nacimiento: (Día, mes, año)			
Michoacan	Mexico	6019152	Suspensiones arapulco			11/01/1998			
SECCIÓN II. AUTORIZACION PARA CONSULTA DEL HISTORIAL CREDITICIO									
Por este conducto autorizo expresamente a CEGE CAPITAL SAPI DE C.V., SOFOM E.N.R., para que por conducto de sus funcionarios facultados lleven a cabo investigaciones sobre mi comportamiento crediticio en cualquier sociedad de información crediticia. Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de las sociedades de información crediticia y de la información contenida en los reportes de crédito y reporte de crédito especial. Declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitara, del uso que CEGE CAPITAL SAPI DE C.V., SOFOM E.N.R., hará de tal información y de que esta podrá realizar consultas periódicas sobre mi historial, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un periodo de tres años, contados a partir de su expedición y en todo caso durante el tiempo que se mantenga la relación jurídica. Estoy consciente y acepto que este documento quede bajo custodia de CEGE CAPITAL SAPI DE C.V., SOFOM E.N.R., para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para regular las sociedades de información crediticia. Nombre del Cliente: Ariadna Isabel Molina García									
Fecha en la que firma la autorización: 09/12/2021									
Firma o huella del Cliente									
SECCIÓN III. AVISO DE PRIVACIDAD CORTO									
CEGE CAPITAL S.A.P.I DE C.V., SOFOM, E.N.R. en adelante "CONTIGO", con domicilio en Carretera Mexico Toluca No.2430 piso 4, Colonia Lomas de Bezares, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11910, Ciudad de México, utilizará sus datos personales recabados para: i) Verificar su identidad; ii) Consultar su información e historial crediticio; iii) Administrar y operar los servicios y productos financieros que solicita o contrata con nosotros; iv) Contratación de seguros; v) Integrar su expediente como cliente. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de los siguientes medios: i) Acudiendo al Departamento de Protección de Datos personales de CONTIGO, ubicado en Carretera Mexico Toluca No.2430 piso 4, Colonia Lomas de Bezares, Delegación Miguel Hidalgo, C.P. 11910, Ciudad de México; ii) visitar la página de internet en www.fcontigo.com; iii) CONTIGO pone a su disposición el aviso de privacidad integral vigente en la sucursal de su preferencia. Acepto los términos y condiciones del aviso de privacidad.									
Firma o huella del Cliente									
SECCIÓN IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL CLIENTE Y DATOS DEL CRÉDITO									
Pais de Nacimiento:	Entidad Federativa Nacimiento:	Nacionalidad:	Género:	Identificación:	Clave CURP:	Correo electrónico			
Mexico	Michoacan	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>	Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	INE <input type="checkbox"/> O IFE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	MOGA980111	mmn2rro4			
Número de Cliente:	Sucursal Contigo:	Nombre del Equipo:	Tipo de Cliente:	Monto Solicitado:	Ingreso Mensual:	Gasto Mensual:			
733095	Izazaro Cardenas	Estrellas Contigo	Comunal <input checked="" type="checkbox"/> Contigo + de <input type="checkbox"/> Contigo + Semana de desempleo: <input type="checkbox"/>	8000	12000	6000			
Estado Civil:	Unión Libre <input checked="" type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Rol en el hogar:	Escolaridad:	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	Técnica o Comercial <input type="checkbox"/>	Posgrado <input type="checkbox"/>		
Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	Separado (a) <input type="checkbox"/>	Esposo (a) <input checked="" type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/>					
¿Habla usted alguna lengua indígena?		¿Usted tiene alguna discapacidad o tiene una capacidad		¿Usted usa internet?		¿Usted usa alguna Red Social? (Facebook, Twitter, etc.)			
Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>			
Destino del crédito:		Empleado Lugar donde trabaja:		Negocio propio Giro del negocio:		Número de personas que trabajan en el Negocio:		Fecha de Inicio de Negocio: (dd/mm/aa)	
Capital de trabajo				Venta de cosméticos		1		01/01/19	
Ubicación Física del Negocio:		Taller de Servicio y Reparación <input type="checkbox"/>		Oficina, Despacho, Consultorio <input type="checkbox"/>		Puesto improvisado vía pública <input type="checkbox"/>		Puesto en Tianguis <input type="checkbox"/> Local domicilio del Cliente <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tienda o accesorio <input type="checkbox"/> Kiosco o Centro Comercial <input type="checkbox"/> Puesto del Mercado <input type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/> Fabrica, Panadería o Tortillería <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Vehículo con o sin motor <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Puesto fijo en vía pública <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Ambulante en casa o calle <input type="checkbox"/> Otro Local <input type="checkbox"/>			
Habita en Vivienda:		Propia <input type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Teléfono Particular Fijo de Localización:		Celular: (Diez dígitos)			
20 años						751311073723			
SECCIÓN V. REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES QUE NO VIVAN EN EL MISMO DOMICILIO									
1a Referencia Personal o Familiar: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno				Teléfono Particular Fijo		Celular			
Antonio Suarez Cuellar				753		1310959			
2a Referencia Personal o Familiar: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno				Teléfono Particular Fijo		Celular			
Jose Suarez Guadarrama				753		2106202			
SECCIÓN VI. RESULTADO DE LA ENTREVISTA									
Por favor mencione ¿cuál es la procedencia de los recursos con los que pagará el crédito solicitado?									
Indique el uso que pretende dar al crédito solicitado: Capital de trabajo									
¿Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas en un país extranjero o en territorio nacional? No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>									
En caso afirmativo indique: Puesto: Periodo:									
¿Algún familiar de usted hasta segundo grado de afinidad (cónyuge, concubino, padre, madre, hijos, hermanos, abuelos, tíos, primos, cuñados, suegros, yernos, nueros), desempeña o a desempeñado funciones públicas en el país o en el extranjero? No <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>									
En caso afirmativo indique: Parentesco: Puesto: Periodo:									
SECCIÓN VII. DECLARACION Y FIRMA DEL SOLICITANTE									
Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información asentada en los documentos proporcionados, para la presente solicitud por el solicitante, son verdaderos, correctos y auténticos, así como las manifestaciones contenidas en la misma, lo que ratifico con mi firma y/o huella dactilar asentada a continuación. Así mismo, que: (i) Formulo la presente solicitud por mi propio derecho y actúo a nombre y por cuenta propia (ii) Formulo la presente solicitud por mi propio derecho y actúo a nombre y por cuenta propia <input checked="" type="checkbox"/> o actúo por cuenta de un tercero <input type="checkbox"/> *Llenar una solicitud para dicha persona. (ii) El crédito será pagado con mis propios recursos, los cuales son de mi propiedad. Ariadna Isabel Molina García									
Firma o huella del Cliente									
SECCIÓN VIII. PARA LLENADO DEL ASESOR									
Domicilio verificado		Visita Domiciliaria		Negocio verificado		Referencias vecinales		Referencia Positiva	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Conoce al Cliente		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Referencias de ubicación del domicilio:		Por suspensiones arapulco		Nombre de Referencia		Edgar		Referencia Positiva	
				Nombre de Referencia		maria		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información asentada en los documentos proporcionados para la presente solicitud, son verdaderos, correctos y auténticos, y que me asegure de que las copias simples de los documentos que se integraron al expediente de identificación del Cliente son legibles cotejándolos contra los documentos originales. Ratifico con mi firma y/o huella. Nombre del Asesor: Gustavo Amistite Godines									
Firma del Asesor									
SECCIÓN IX. PARA LLENADO DEL SUPERVISOR O GERENTE DE SUCURSAL									
Domicilio verificado		Visita Domiciliaria		Negocio verificado		Referencias vecinales		Referencia Positiva	
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Conoce al Cliente		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Referencias de ubicación del domicilio:		Por suspensiones arapulco		Nombre de Referencia		Edgar		Referencia Positiva	
				Nombre de Referencia		maria		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que verifiqué la información asentada en los documentos proporcionados para la presente solicitud y ratifico con mi firma y/o huella la decisión sobre la autorización del crédito. Vo.Bo. Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>									
Nombre del Gerente de Sucursal o Supervisor									
Mayra Alejandra Saucedo Perez									
Firma del Gerente de Sucursal o Supervisor									

Beneficios Protección contigo							PRECIO CUATRIMESTRAL
TITULAR + PAREJA + HIJOS	TITULAR	TITULAR	PAREJA	TITULAR	TITULAR	TITULAR + HIJOS	\$286.00 pesos
\$10,000 pesos en caso de fallecimiento por cualquier causa ¹	\$10,000 pesos adicionales en caso de fallecimiento accidental ²	\$25,000 pesos en caso de diagnóstico positivo de cáncer ³	\$15,000 pesos en caso de diagnóstico positivo de cáncer ³	\$200 pesos por cada día hospitalizado del titular en caso de enfermedad o accidente ⁴	Cuidado de la mujer 1 examen de laboratorio por Ciclo a elegir entre las opciones ⁵	hasta \$5,000 pesos Reembolso de Gastos Médicos por Accidente ⁶	
TITULAR + PAREJA + HIJO (S)							
Orientación Médica Telefónica Servicio Funerario Ataúd estándar + Traslado del cuerpo hasta 30 km+ Carroza fúnebre + Sala de Velación + Arreglo del cuerpo + Embalsamamiento + Asesoría telefónica para trámites legales + Cremación/Urna + Trámite del certificado de defunción ⁷							

¹ No se cubre suicidio o tentativa de suicidio. No cubre homicidio causado por el beneficiario. En caso de no contar con este documento, se requiere juicio sucesorio o juicio de intestado. Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. ² Presentando acta de averiguación previa emitida por el Ministerio Público. Edad de aceptación: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. ³ Se cubre primer diagnóstico positivo de cáncer femenino (cáncer de mama y cervicouterino) y cáncer masculino (cáncer de próstata, testículos y pulmón). No se cubren preexistencias, ni cáncer in situ, ni otro tipo de cáncer. Se considera diagnóstico positivo la fecha en la que se realiza el primer examen que determina la enfermedad o el primer diagnóstico de un médico especialista, el que ocurre primero. Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos. Edad de aceptación pareja 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos. ⁴ Edad de aceptación titular: 18 a 80 años con cancelación a los 81 años cumplidos, no se cubren preexistencias, no aplica maternidad, ni complicaciones del embarazo, ni sida. Se considera hospitalización más de 24 horas y se pagan máximo 30 días naturales. No cubre atenciones ambulatorias. ⁵ Edad de aceptación titular: 18 a 79 años con cancelación a los 80 años cumplidos. Es necesario realizar la llamada al 800 999 8446 para coordinar el servicio requerido. En caso del que el titular sea hombre, la pareja podrá gozar del Beneficio. Entre los estudios a elegir se encuentran: Colposcopia, Perfil hormonal, Química sanguínea de 24 elementos, Biometría hemática y Mastografía o Ultrasonido mamario, la elección entre mastografía o Ultrasonido mamario dependerá de la edad del cliente y de si cuenta o no con receta médica; la mastografía esta clínicamente recomendada a partir de los 40 años. ⁶ Edad de aceptación titular: 18 a 74 años con cancelación a los 75 años cumplidos Edad de aceptación hijo(s): 0 a 24 años con cancelación a los 25 años cumplidos, siempre y cuando sean solteros y dependientes económicos del titular asegurado. Se requiere facturar los servicios médicos recibidos y presentar recetas, estudios e imágenes del servicio. ⁷ Solo se otorgará la asistencia funeraria a aquel asegurado donde se refleje su contratación en la última Solicitud de Crédito Grupal firmada de Financiera Contigo. Para solicitar la asistencia es necesario llamar al 800 999 8446 para realizar la gestión de la asistencia funeraria al momento del fallecimiento del titular, pareja o hijo(s). No aplica en ningún caso reembolso del servicio funerario, ni en caso de contratación directa de funeraria que no se encuentre en convenio. Aplican mismos términos, condiciones y restricciones de condiciones generales de las pólizas de seguro y contratos de servicios.

CONSENTIMIENTO DEL SEGURO

Otorgo mi consentimiento para formar parte del seguro colectivo de vida grupo y vida deudores y contratos de servicios, contratado a través de CEGE CAPITAL SAPI de CV SOFOM ENR (Financiera Contigo) en mi nombre y para tal efecto proporciono la siguiente información, confirmando por este documento que otorgo mi aceptación de que la empresa antes indicada sea mi beneficiario preferente:

NOMBRE COMPLETO DEL TITULAR:	Ariadna Isabel Molina Garcia	FECHA NACIMIENTO:	11/01/1998
NOMBRE COMPLETO DE LA PAREJA:	Luis Angel Ramirez Ortiz	FECHA NACIMIENTO:	08/08/1997
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 1:	Luis Ramirez Molina	FECHA NACIMIENTO:	02/09/2017
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 2:	Melania Nicole Ramirez Molina	FECHA NACIMIENTO:	12/10/2015
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 3:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 4:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 5:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 6:		FECHA NACIMIENTO:	
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 7:		FECHA NACIMIENTO:	

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	%
Alfonso Suarez Guadarrama	Amigo	14/07/1997	100
			100%

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios designados a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

Firma del Cliente: Ariadna Isabel Molina Garcia

Fecha: 09/12/2021

Certifico que los datos que aparecen en la presente concuerdan con los que obran en nuestro poder.

FRANCISCO MOLINA ALONSO

PLAYA CALETILLA M23 L14
JOSE GREEN
JOSE GREEN * C.P. 60950
LAZARO CARDENAS, MICH

TOTAL A PAGAR:

\$299

(DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M.N.)

NO. DE SERVICIO : 169020401588

RMU : 60950 02-03-05 XAXX-010101 015 CFE

CORTE A PARTIR:
13 MAR 22

LÍMITE DE PAGO: 12 MAR 22

TARIFA: 1B NO. MEDIDOR: KV964N MULTIPLICADOR: 1

PERIODO FACTURADO: 29 DIC 21 - 25 FEB 22



¡PAGA CON LA APP CFE CONTIGO!

Reporta fallas
Localiza sucursales
Conoce tu consumo

Disponible en:

Google Play App Store AppGallery

VISA

Concepto	Lectura actual		Lectura anterior		Total periodo	Precio (MXN)	Subtotal (MXN)
	Medida	Estimada	Medida	Estimada			
Energía (kWh)		00824		00605	219		
Básico					150	0.882	132.30
Intermedio					69	1.073	74.03
Suma					219		206.33



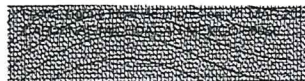
Este gráfico refleja tu nivel de consumo. A menor uso, mayor apoyo.

Subtotal

Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista					Desglose del Importe a pagar	
Concepto	\$	\$/kW	\$/kWh	Importe (MXN)	Concepto	Importe (MXN)
Suministro	54.88	0.00	0.00	54.88	Energía	206.33
Distribución	0.00	0.00	369.61	369.61	IVA 16%	33.01
Transmisión	0.00	0.00	38.50	38.50	Fac. del Periodo	239.34
CENACE	0.00	0.00	1.62	1.62	DAP ²	59.58
Energía	0.00	0.00	146.95	146.95	Adeudo Anterior	328.95
Capacidad	0.00	0.00	87.82	87.82	Su Pago	328.00-
SCnMEM ⁽¹⁾	0.00	0.00	1.31	1.31	Total	\$299.87

Apoyo Gubernamental 494.36

(1) SCnMEM: Costos relacionados con los servicios del Mercado. (2) DAP: Derecho al Alumbrado Público. (3) Cargos o créditos: Diversos conceptos que se pueden incluir en el aviso recibo relacionados con el suministro.



02:26:13 hrs. AV. FRANCISCO J. NOYOLA 521 TERCER SECTOR FIDELAC LAZARO CARDENAS LAZARO

CFE-contigo



60950 02-03-05 XAXX-010101 015 CFE
01 169020401588 220312 000000299 5



\$299

(DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M.N.)



Estados Unidos Mexicanos

Acta de Defunción

Identificador Electrónico

16052000120220008044



Clave Única de Registro de Población

MOGA980111MMNLRR04



N° de Certificado de Defunción de la SSA

212632074

Entidad de Registro

MICHOACAN DE OCAMPO

Municipio de Registro

LAZARO CARDENAS

Oficialía	Libro	Acta	Fecha de Registro
1	6	79	02/03/2022

Datos de la Persona Fallecida:

ARIADNA ISABEL

MOLINA

GARCIA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

MUJER

SOLTERO(A)

11/01/1998

Sexo:

Estado Civil:

Fecha de Nacimiento:

MEXICANA

LAZARO CARDENAS, MICHOACAN DE OCAMPO

MICHOACAN DE OCAMPO

Lugar de Nacimiento:

Entidad de Registro de Nacimiento:

Nacionalidad:

Datos de la Defunción:

26/02/2022

17:50:00

KILIMETRO 1.5 CARR. A TEJERIAS, COL.
SAN FRANCISCO DE URUAPAN S/N,
URUAPAN, C.P., URUAPAN, MICHOACAN DE

INHUMACIÓN

Fecha:

Hora:

Lugar:

Destino del Cadáver:

A.- PARO CARDIORESPIRATORIO. 40 MINUTOS. B.- PANCREATITIS AGUDA HEMORRAGICA. 3 DIAS.

Causas de la Defunción:

Anotaciones Marginales:

Sin anotaciones marginales.

Certificación:

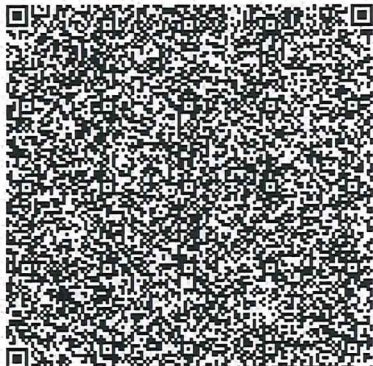
Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en los arts 21, 22, 28 y 40 del Cód. Familiar de Michoacán; 16 frs IX, IX BIS y 22 de la Ley Org. del Registro Civil de Michoacán; 26 y 34 del Regl de la Ley Org. del Reg. Civil de Michoacán y el Acuerdo emitido el 31 de julio de 2017 por la Scría. de Gobierno de Michoacán. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A LOS 16 DÍAS DEL MES DE MARZO DE 2022. DOY FE.

Firma Electrónica:

TU 9H QT k4 MD Ex MU 1N Tk xS UJ A0 fE FS SU fE Tk Eg SV NB Qk VM fE
1P TE IO QX xH QV JD SU F8 Mj E2 MD Uy MD Aw MT lw Mj lw MD A3 OT
B8 Rn wx MS 8w MS 8x OT k4 fE 1J Q0 hP QU NB TI BE RS BP Q0 FN UE

Código QR



Código de Verificación

21605200012022000790



DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL EN MICHOACAN

LIC. LENIN ALEXANDER ALVAREZ GARCIA

El contenido del acta puede ser verificado en la siguiente liga: <https://cevar.registrocivil.gob.mx/eVAR/ConsultaFolio.jsp> capturando el Identificador Electrónico que se encuentra en la parte superior derecha del acta, para su consulta en dispositivos móviles, descarga una aplicación para lectura del código QR. %



Identificador Electrónico

16052000220220002321



Clave Única de Registro de Población

MOGA980111MMNLRR04



Número de Certificado de Nacimiento

Entidad de Registro

MICHOACAN DE OCAMPO

Municipio de Registro

LAZARO CARDENAS

Oficialía	Fecha de Registro	Libro	Número de Acta
0002	25/05/2000	1	355

Estados Unidos Mexicanos

Acta de Nacimiento

Datos de la Persona Registrada

ARIADNA ISABEL

MOLINA

GARCIA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

MUJER

11/01/1998

LAZARO CARDENAS

MICHOACAN DE OCAMPO

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Datos de Filiación de la Persona Registrada

FRANCISCO

MOLINA

ALONSO

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

MARIA GUADALUPE

GARCIA

SOLANO

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

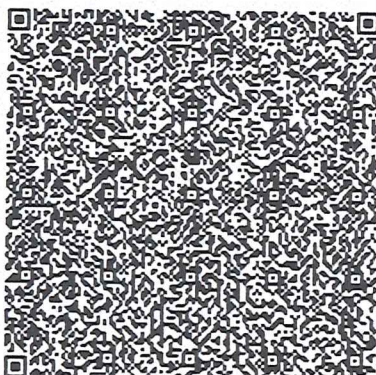
Anotaciones Marginales:

Sin anotaciones marginales.

Certificación:

Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en los arts 21, 22, 28 y 40 del Cód. Familiar de Michoacán; 16 frs IX, IX BIS y 22 de la Ley Org. del Registro Civil de Michoacán; 26 y 34 del Regl de la Ley Org. del Reg. Civil de Michoacán y el Acuerdo emitido el 31 de julio de 2017 por la Scría. de Gobierno de Michoacán. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A los 16 días del mes de marzo de 2022. Doy fe.



Código de Verificación

11605200022000003550



Firma Electrónica:

TU 9H QT k4 MD Ex MU 1N Tk xS Uj A0 IE FS SU FE Tk Eg SV NB Qk VM IE 1P TE IO QX xH
QV JD SU F8 MT E2 MD Uy MD Aw Mj lw MD Aw MD M1 NT B8 Rn wx MS Bk ZS Bl bm Vy by
Bk ZS Ax OT k4 IE 1J Q0 hP QU NB Ti BE RS BP Q0 FN UE 98 bn Vs bH xu dW xs

Código QR



[Firma manuscrita]

DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL EN MICHOACAN
LIC. LENIN ALEXANDER ALVAREZ GARCIA

La presente copia certificada del acta es un extracto del acta que se encuentra en los archivos del Registro Civil correspondiente, la cual se ha expedido con base en las disposiciones jurídicas aplicables, cuyos datos pueden ser verificados en la página <https://cevar.registrocivil.gob.mx/eVAR/ConsultaFolio.jsp>, capturando el Identificador Electrónico que se encuentra en la parte superior derecha del acta, para su consulta en dispositivos móviles, descarga una aplicación para lectura del código QR.



Identificador Electrónico

09003004920220002477



Clave Única de Registro de Población

SUGA970714HDFRDL03



Número de Certificado de Nacimiento

Estados Unidos Mexicanos

Acta de Nacimiento

Entidad de Registro

DISTRITO FEDERAL

Municipio de Registro

COYOACAN

Oficialía	Fecha de Registro	Libro	Número de Acta
0049	09/09/1997	0	2670

Datos de la Persona Registrada

ALFONSO DEYHAIR

Nombre(s):

SUAREZ

Primer Apellido:

GUADARRAMA

Segundo Apellido:

HOMBRE

Sexo:

14/07/1997

Fecha de Nacimiento:

ALVARO OBREGON

DISTRITO FEDERAL

Lugar de Nacimiento:

Datos de Filiación de la Persona Registrada

ALFONSO

Nombre(s):

SUAREZ

Primer Apellido:

CUELLAR

Segundo Apellido:

MEXICANA

Nacionalidad:

CURP:

REYNA YOLANDA

Nombre(s):

GUADARRAMA

Primer Apellido:

GARCIA

Segundo Apellido:

MEXICANA

Nacionalidad:

CURP:

Anotaciones Marginales:

Sin anotaciones marginales.

Certificación:

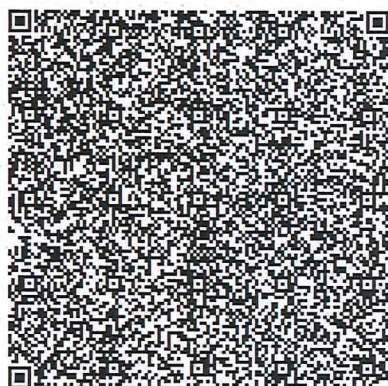
Se extiende la presente copia certificada, con fundamento en el artículo 48 de Código Civil para el Distrito Federal y artículo 13, fracción VII del Reglamento del Registro Civil del Distrito Federal. La Firma Electrónica con la que cuenta es vigente a la fecha de expedición; tiene validez jurídica y probatoria de acuerdo a las disposiciones legales en la materia.

A los 04 días del mes de Marzo de 2022. Doy fe.

Firma Electrónica:

U1 VH QT k3 MD cx NE hE RI JE TD Az fE FM Rk 90 U0 8g RE VZ SE FJ Un xT VU FS RV p8
R1 VB RE FS Uk FN QX wx MD kw MD Q5 MT k5 Nz Ay Nj cw MH xN fD E0 IG RI IG
p1 bG lv IG RI ID E5 OT d8 RE IT VF JJ VE 8g Rk VE RV JB TH xu dW xs fG 51 bG w=

Código QR



Código de Verificación


10900300491997026700




Directora General Del Registro Civil

LIC. CLAUDIA VIRGINIA FRANCO CORONA

La presente copia certificada del acta es un extracto del acta que se encuentra en los archivos del Registro Civil correspondiente, la cual se ha expedido con base en las disposiciones jurídicas aplicables, cuyos datos pueden ser verificados en la página <https://cevar.registrocivil.gob.mx/eVAR/ConsultaFolio.jsp>, capturando el Identificador Electrónico que se encuentra en la parte superior derecha del acta, para su consulta en dispositivos móviles, descarga una aplicación para lectura del código QR.

 **MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL**
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
SUAREZ
GUADARRAMA
ALFONSO DEYHAIR

FECHA DE NACIMIENTO
14/07/1997

SEXO: H



DOMICILIO
C MANUEL MARTINEZ SOLORZANO 203
COL VISTA INDUSTRIAL 60950
LAZARO CARDENAS, MICH.

CLAVE DE ELECTOR SRGDAL97071409H200

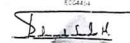
CURP SUGA970714HDFRDL03 AÑO DE REGISTRO 2015 00

ESTADO 16 MUNICIPIO 050 SECCIÓN 0806

LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2015 VIGENCIA 2025

Deyhair Suarez G.



EDMUNDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1330036277<<0806103479344
9707140H2512314MEX<00<<06304<2
SUAREZ<GUADARRAMA<<ALFONSO<DEY