

Bueno
Completo

contigo

SOLICITUD DE CRÉDITO

SECCIÓN I. DATOS DE SOLICITUD DEL CRÉDITO

Fecha de solicitud:	Nombre (s) Completo (s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
09/12/2021	Ariadna Isabel	Molina	García
Dirección Actual del Solicitante/Cliente Calle, Avenida o Vía:		N.º Ext.:	N.º Int.:
Playa calentilla		m25	614
Colonia o Urbanización:	Ciudad o Población:	Municipio o Delegación:	
Jose Green	Izazaro Cardenás	Izazaro Cardenás	
Estado:	País:	C.P.:	Entre que calles se ubica el domicilio: por
Michoacán	México	6010152	Suspensiones Acapulco
			Fecha de Nacimiento: (Día, mes, año)
			11/01/1998

SECCIÓN II. AUTORIZACIÓN 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 solicitará, 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 queda 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

Asociadas de Molina García

Firma o huella del Cliente

CEGE CAPITAL S.A.P.I DE C.V., SOFOM, E.N.R. en adelante "CONTIGO", con domicilio en Carretera México Toluca No.2430 piso 4, Colonia Lomas de Bezires, 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) Audiendo al Departamento de Protección de Datos personales de CONTIGO, ubicado en Carretera México Toluca No.2430 piso 4, Colonia Lomas de Bezires, 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

Ariadna Isabel Molina García

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 México Toluca No.2430 piso 4, Colonia Lomas de Bezires, 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) Audiendo al Departamento de Protección de Datos personales de CONTIGO, ubicado en Carretera México Toluca No.2430 piso 4, Colonia Lomas de Bezires, 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

SECCIÓN IV. DATOS COMPLEMENTARIOS DEL CLIENTE Y DATOS DEL CRÉDITO

País de Nacimiento:	Entidad Federativa Nacimiento:	Nacionalidad:	Género:	Identificación:	Clave CURP:	Correo electrónico:
México	Michoacán	Mexicana <input checked="" type="checkbox"/>	Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	INE OIFE <input checked="" type="checkbox"/>	MNLRRROY	
Extranjera <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>				
Número de Cliente:	Sucursal Contigo:	Nombre del Equipo:	Tipo de Cliente:	Monto Solicitado:	Ingreso Mensual:	Gasto Mensual:
733095	Izazaro Cardenás	Estrellas contigo	Comunal <input checked="" type="checkbox"/>	8000	12000	6000
			Contigo + de <input checked="" type="checkbox"/>		No. de Dependientes Económicos:	2
Estado Civil:	Role en el hogar:	Educación:				
Soltero (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input checked="" type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Ninguna <input type="checkbox"/>	Secundaria <input checked="" type="checkbox"/>	Técnica o Comercial <input type="checkbox"/>	Posorado <input type="checkbox"/>	
Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	Separado (a) <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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Destino del crédito:	Empleada Lugar donde trabaja:	¿Ha solicitado otro crédito?	¿Ha mejorado sus ingresos?			
Capital de trabajo	Venta de cosméticos	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Ubicación Física del Negocio:	Negocio propio Giro del negocio:	Número de personas que trabajan en el Negocio:				
Tienda o accesorio <input type="checkbox"/> Kiosco o Centro Comercial <input type="checkbox"/> Oficina, Despacho, Consultorío <input type="checkbox"/> Puesto improvisado vía pública <input type="checkbox"/> Puesto en Tianguis <input type="checkbox"/> Local domicilio del Cliente <input type="checkbox"/>	Fabrica, Panadería o Tortillería <input type="checkbox"/> Vehículo con o sin motor <input type="checkbox"/> Puesto fijo en vía pública <input checked="" type="checkbox"/> Ambulante en casa o calle <input type="checkbox"/>					
Puesto del Mercado <input type="checkbox"/> Local Comercial <input type="checkbox"/>						
Habita en Vivienda: Propia <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> En Proceso de Compra <input type="checkbox"/> Teléfono Particular Fijo de Localización: Celular: (Diez dígitos) 7153110737231						
Rentada <input type="checkbox"/> Prestada <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						

SECCIÓN V. REFERENCIAS PERSONALES O FAMILIARES QUE NO VIVAN EN EL MISMO DOMICILIO

1a Referencia Personal o Familiar: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

Alfonso Suarez Juárez

Teléfono Particular Fijo

715311330959

Celular

2a Referencia Personal o Familiar: Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

José Suárez Guadarrama

Teléfono Particular Fijo

715321062021

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 Si

En caso afirmativo indique: Puesto:

Con la garantía del negocio

Periodo:

¿Algún familiar de usted hasta segundo grado de afinidad (cónyuge, concubino, padre, madre, hijos, hermanos, abuelos, tíos, primos, cuñados, suegros, yernos, nueras), desempeña o a desempeñado funciones públicas en el país o en el extranjero? No Si En caso afirmativo indique: Parentesco:

Nombre completo:

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 o actuó por cuenta de un tercero "Llenar una solicitud para dicha persona". (iii) El crédito será pagado con mis propios recursos, los cuales son legítimos

licitos.

Ariadna Isabel Molina García

Firma o huella del Cliente

SECCIÓN VIII. PARA LLENADO DEL ASESOR

Domicilio verificado	Vista Domiciliaria	Cliente habita en domicilio	Negocio verificado	Nombre de Referencia	Referencias vecinales
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Eduar	Conoce al Cliente Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia Positiva Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Referencias de ubicación del domicilio: Por Suspensiones Acapulco				Mario	Conoce al Cliente Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia Positiva 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 aseguro de que las copias simples de los documentos que se integrarán al expediente de identificación del Cliente son legibles cotejándolos contra los documentos originales. Ratifico con mi firma y/o huella. Nombre del Asesor: Gustavo Anustik Godíns

Firma del Asesor

SECCIÓN IX. PARA LLENADO DEL SUPERVISOR O GERENTE DE SUCURSAL

Domicilio verificado	Vista Domiciliaria	Cliente habita en domicilio	Negocio verificado	Nombre de Referencia	Referencias vecinales
Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Eduar	Conoce al Cliente Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia Positiva Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Referencias de ubicación del domicilio: Por Suspensiones Acapulco				Mario	Conoce al Cliente Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Referencia Positiva Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que verifique 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 No

Firma del Gerente de Sucursal o Supervisor

Mayra Alejandra Saucedo Pérez

Beneficios Protección contigo							PRECIO CUATRIMESTRAL
TITULAR + PAREJA + HIJOS	TITULAR	TITULAR	PAREJA	TITULAR	TITULAR	TITULAR + HIJOS	
\$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 ó 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 García	FECHA NACIMIENTO:	11/01/1998
NOMBRE COMPLETO DE LA PAREJA:	Luis Angel Ramírez Ortiz	FECHA NACIMIENTO:	08/08/1997
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 1:	Luis Ramírez Molina	FECHA NACIMIENTO:	02/09/2017
NOMBRE COMPLETO DE HIJO 2:	Melania Nicole Ramírez 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 Suárez Guadarrama	Amigo	14/07/1992	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 García

Fecha: 09/12/2021

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



MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTARNOMBRE
MOLINA
GARCIA
ARIADNA ISABEL

SEXO M

DOMICILIO
C LERDO DE TEJADA 129
COL CENTRO 60950
LAZARO CARDENAS, MICH.

CLAVE DE ELECTOR MLGRAR98011116M600

CURP MOGA980111MMNLRR04 AÑO DE REGISTRO

FECHA DE NACIMIENTO 11/01/1998 SECCIÓN 0829 VIGENCIA

11/01/2027

Ariadna Isabel Molina García



INE

ELECCIONES DE 2018

LOGOTIPO Y ESTRUCTURA

INE



D000014

EDUARDO JACOB GOLDAH
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO NACIONAL ELECTORALIDMEX2139655399<<0829106907792
9801118M2712310MEX<01<<05186<5
MOLINA<GARCIA<<ARIADNA<ISABEL<



Comisión Federal de Electricidad®

CFE Suministrador de Servicios Básicos
Río Ródano No. 14, colonia Cuauhtémoc,
Alcaldía Cuauhtémoc, Código Postal 06500,
Ciudad de México. RFC: CSS160330CP7

FRANCISCO MOLINA ALONSO

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

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

TOTAL A PAGAR:

\$299

(DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M.N.)

**¡PAGA CON LA APP
CFE CONTIGO!**

*Reporta fallas
Localiza sucursales
Conoce tu consumo*

Disponible en:



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

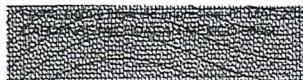
Este gráfico refleja tu nivel de consumo. A menor uso, mayor apoyo.

Subtotal

Concepto	Costos de la energía en el Mercado Eléctrico Mayorista			Desglose del Importe a pagar		
	\$	\$/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.



CFE-contigo



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



\$299

(DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M.N.)



Identificador Electrónico

16052000120220008044



Clave Única de Registro de Población

MOGA980111MMNLLR04



Nº de Certificado de Defunción de la SSA

212632074

Entidad de Registro

MICHOCAN DE OCAMPO

Municipio de Registro

LAZARO CARDENAS

Oficialia	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:

LAZARO CARDENAS_MICHOCAN DE OCAMPO

MICHOCAN DE OCAMPO

MEXICANA

Lugar de Nacimiento:

Entidad de Registro de Nacimiento:

Nacionalidad:

Datos de la Defunción:

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

26/02/2022

17:50:00

URUAPAN_C.P. URUAPAN_MICHOCAN DE

INHUMACIÓN

Fecha:

Hora:

Lugar:

Destino del Cadáver:

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

Causas de la Defunción:

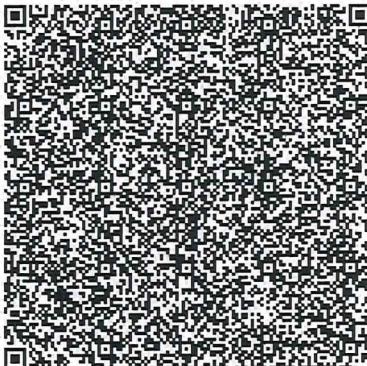
Anotaciones Marginales:

Certificación:

Sin anotaciones marginales.

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

21605200012022000790



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 Iw Mj Iw 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



DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL EN MICHOCAN

LIC. LENIN ALEXANDER ALVAREZ GARCIA



Identificador Electrónico

16052000220220002321



Clave Única de Registro de Población

MOGA980111MMNLLR04



Número de Certificado de Nacimiento

Entidad de Registro

MICHOCAN DE OCAMPO

Municipio de Registro

LAZARO CARDENAS

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

Datos de la Persona Registrada

ARIADNA ISABEL

MOLINA

GARCIA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

MUJER

11/01/1998

LAZARO CARDENAS

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

MICHOCAN DE OCAMPO

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 Scra. 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 1E 1P TE IO QX xH
QV JD SU F8 MT E2 MD Uy MD Aw Mj Iw MD Aw MD M1 NT 88 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



Código de Verificación

11605200022000003550



DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL EN MICHOCAN

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

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

SUAREZ

GUADARRAMA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

HOMBRE

14/07/1997

ALVARO OBREGON

Sexo:

Fecha de Nacimiento:

DISTRITO FEDERAL

Lugar de Nacimiento:

Datos de Filiación de la Persona Registrada

ALFONSO

SUAREZ

CUELLAR

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

REYNA YOLANDA

GUADARRAMA

GARCIA

MEXICANA

Nombre(s):

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Nacionalidad:

CURP:

Anotaciones Marginales:

Certificación:

Sin anotaciones marginales.

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 Mw 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

1090030049202200024700



Directora General Del Registro Civil

LIC. CLAUDIA VIRGINIA FRANCO CORONA

