

## PAGARÉ

**§ 565,284.96 M.N (QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO 96/100 PESOS MONEDA DE CURSO LEGAL EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS)**

Por medio del presente pagaré (el "Pagaré") INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ENSEÑANZA TECNICA Y SUPERIOR, S.C., (en lo sucesivo EL SUSCRIPTOR), promete incondicionalmente pagar a la orden de PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R (en lo sucesivo "CREZE") la cantidad total de **§565,284.96 M.N (QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO 96/100 PESOS MONEDA NACIONAL)**, en la cuenta bancaria número 0114736958, CLABE interbancaria 012180001147369582 aperturada en la institución financiera BBVA México, Sociedad Anónima, Institución de Banca Múltiple, Grupo Financiero BBVA México, o en su domicilio ubicado en Bahía de Santa Barbara 145, interior PB, Colonia Verónica Anzures, C.P. 11300, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, a contra-entrega del recibo debidamente sellado y firmado por el representante legal de CREZE, mediante 18 (DIECIOCHO) amortizaciones progresivas y consecutivas, mismas que deberán pagarse por el monto y en las fechas que se indican en la Tabla de Amortización que se establece a continuación:

Periodo	Fecha límite de pago	Saldo insoluto inicial	Pago al principal	Intereses ordinarios	I.V.A. de Intereses	Comisiones	Pago total del periodo	Saldo insoluto al final del periodo
1	11-agosto-2025	MX\$ 420,000.00	MX\$ 17,404.72	MX\$ 14,000.00	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 402,595.28
2	11-septiembre-2025	MX\$ 402,595.28	MX\$ 17,984.88	MX\$ 13,419.84	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 384,610.41
3	13-octubre-2025	MX\$ 384,610.41	MX\$ 18,584.37	MX\$ 12,820.35	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 366,026.03
4	11-noviembre-2025	MX\$ 366,026.03	MX\$ 19,203.85	MX\$ 12,200.87	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 346,822.18
5	11-diciembre-2025	MX\$ 346,822.18	MX\$ 19,843.98	MX\$ 11,560.74	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 326,978.21
6	12-enero-2026	MX\$ 326,978.21	MX\$ 20,505.44	MX\$ 10,899.27	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 306,472.76
7	11-febrero-2026	MX\$ 306,472.76	MX\$ 21,188.96	MX\$ 10,215.76	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 285,283.80
8	11-marzo-2026	MX\$ 285,283.80	MX\$ 21,895.26	MX\$ 9,509.46	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 263,388.54
9	13-abril-2026	MX\$ 263,388.54	MX\$ 22,625.10	MX\$ 8,779.62	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 240,763.44
10	11-mayo-2026	MX\$ 240,763.44	MX\$ 23,379.27	MX\$ 8,025.45	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 217,384.17
11	11-junio-2026	MX\$ 217,384.17	MX\$ 24,158.58	MX\$ 7,246.14	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 193,225.59
12	13-julio-2026	MX\$ 193,225.59	MX\$ 24,963.87	MX\$ 6,440.85	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 168,261.73
13	11-agosto-2026	MX\$ 168,261.73	MX\$ 25,795.99	MX\$ 5,608.72	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 142,465.73
14	11-septiembre-2026	MX\$ 142,465.73	MX\$ 26,655.86	MX\$ 4,748.86	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 115,809.87
15	12-octubre-2026	MX\$ 115,809.87	MX\$ 27,544.39	MX\$ 3,860.33	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 88,265.48
16	11-noviembre-2026	MX\$ 88,265.48	MX\$ 28,462.54	MX\$ 2,942.18	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 59,802.95
17	11-diciembre-2026	MX\$ 59,802.95	MX\$ 29,411.29	MX\$ 1,993.43	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 30,391.66
18	11-enero-2027	MX\$ 30,391.66	MX\$ 30,391.66	MX\$ 1,013.06	MX\$ 0.00	MX\$ 0.00	MX\$ 31,404.72	MX\$ 0.00
<b>MONTO TOTAL A PAGAR:</b>							<b>§ 565,284.96 M.N</b>	

El suscriptor se obliga a reembolsar a la vista, en la misma forma y fondo, cualquier gasto y costo o pérdidas razonable del tenedor de este Pagaré, en su caso, incurrido en relación con cualquier procedimiento de cobro del presente Pagaré (incluyendo, sin limitación todos los costos y gastos legales).

El suscriptor faculta expresamente a CREZE y/o a cualquier tenedor subsecuente, para que descuenta, negocie, endose, ceda, o de cualquier forma transmita el presente Pagaré (incluyendo, sin limitación todos los costos y gastos legales) en cualquier momento, por lo que se obliga a pagarlo a la persona o personas que legalmente lo detenten, renunciando a lo establecido en el segundo párrafo del artículo 299 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

El suscriptor faculta expresamente a CREZE y/o al tenedor, para que en caso de que el suscriptor omita liquidar puntualmente cualquiera de las amortizaciones y/o intereses pactadas, en la fecha de pago de que se trate, pueda dar válidamente por vencido anticipadamente el plazo establecido en el presente Pagaré y, por lo tanto, el suscriptor estará obligado a pagar a CREZE y/o al tenedor las amortizaciones subsecuentes pendientes de pago, por lo que CREZE y/o el tenedor tendrán derecho a exigir y/o demandar, sin previo aviso, notificación, presentación, protesto o requerimiento, el pago total del importe principal insoluto, más los intereses ordinarios y demás accesorios que resulten de este Pagaré.

Todos los pagos que realice el suscriptor en los términos del presente Pagaré, serán aplicados en el siguiente orden y hasta donde alcancen: (i) en primer lugar al pago de impuestos que, en su caso, se actualicen a cargo del Suscriptor por cualquier concepto derivado del presente Pagaré; (ii) en segundo lugar al pago de los intereses moratorios devengados conforme a la Tasa de Interés Moratoria; (iii) en tercer lugar al pago de los intereses ordinarios devengados conforme al presente Pagaré; y (iv) en cuarto lugar al pago de la suma principal del presente pagaré; en el entendido, que se aplicarán en orden inverso a su vencimiento, es decir, primero a los adeudos más antiguos.

Si el presente Pagaré no es cubierto a más tardar en cada una de las fechas que debe ser pagado conforme a la tabla de amortización arriba señalada, el Suscriptor pagará a la vista intereses moratorios sobre el monto total del título, desde el día siguiente a la fecha de vencimiento, a una tasa de interés anual 60.00% (sesenta por ciento), más el impuesto al valor agregado correspondiente.

Este pagaré se suscribe y será interpretado de conformidad con las Leyes de los Estados Unidos Mexicanos. Para todo lo relacionado para la interpretación, cumplimiento y ejecución de este Pagaré el suscriptor se somete de manera expresa e irrevocable a la jurisdicción de los Tribunales competentes en la Ciudad de México y expresamente renuncia a cualquier jurisdicción que pueda corresponderle por razón de sus domicilios presentes o futuros manifestando que el presente documento y sus Anexos podrán ser firmados con: (i) Firma Electrónica Avanzada o (ii) Firma Autógrafa Biométrica; teniendo estas la misma eficacia legal que la firma autógrafa, conforme a la legislación aplicable incluyendo el artículo 89 del Código de Comercio, el Código de Procedimientos Civiles, la Ley de Firma Electrónica Avanzada y demás ordenamientos relativos a las pruebas por medio de Mensajes de Datos.

Este Pagaré se suscribe y entrega el 11 de julio de 2025, en la Ciudad de México.

EL ACREDITADO  
**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ENSEÑANZA TECNICA Y SUPERIOR, S.C.**  
Representada por:



**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Con domicilio en Calzada De La Viga 1337 Int. 2, Retoño, Iztapalapa, Ciudad de México, C.P. 09440

EL OBLIGADO SOLIDARIO



**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Con domicilio en Calzada De La Viga 1337 Int. Piso 5, Retoño, Iztapalapa, Ciudad de México, C.P. 09440

EL OBLIGADO SOLIDARIO

---

**VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ**

Con domicilio en Orión 117, Prado Churubusco, Coyoacán, Ciudad De México, C.P. 04230

EL OBLIGADO SOLIDARIO  
**ALIANZA Y SALUD ALTERNATIVA, S.A. DE C.V.**  
Representada por:

---

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Con domicilio en Calzada De La Viga 1337, Piso 5, Retoño, Iztapalapa, Ciudad De México, C.P. 09440

EL OBLIGADO SOLIDARIO  
**ESCUELA LATINOAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD INTEGRATIVA, S.C.**  
Representada por:

---

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Con domicilio en Calzada De La Viga 1337, Piso 5, Retoño, Iztapalapa, Ciudad De México, C.P. 09440

La presente hoja de firmas corresponde al Pagaré suscrito por INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ENSEÑANZA TECNICA Y SUPERIOR, S.C. en favor de PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I DE C.V., SOFOM E.N.R. celebrado el 11 de julio de 2025

# Resultados de Verificación de Identidad

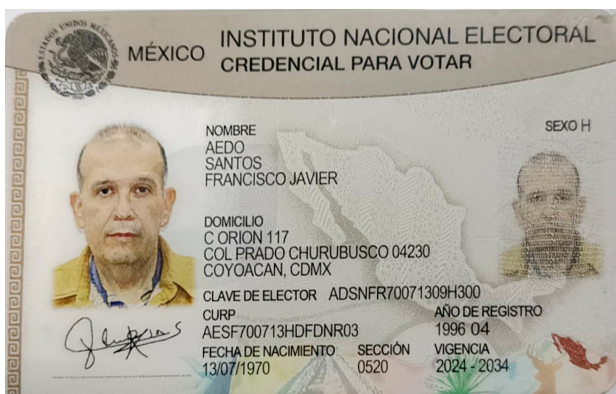
✓ Autenticidad del Documento de Identidad

✓ Biometría Facial

✓ Prueba de Vida

## Detalle

### Identificación Oficial Capturada



### Datos de la Verificación

Apellido/s	Nombre completo
AEDO SANTOS	FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS
Nombre	Sexo
FRANCISCO JAVIER	M
Fecha de expiración	Número personal
31/12/2034	AESF700713HDFDNR03
Fecha de nacimiento	Identificación Oficial Capturada
13/07/1970	ADSNFR70071309H300
Número de documento	Estado
264430392	DF
Dirección	Fecha de Registro
CORION 117 COL PRADO CHURUBUSCO 04230 COYOACAN	31/12/2024
Número de duplicados	Fecha de emisión
04	

### Tipo de Documento

Tipo	Vigencia	Resultado
MX_IDCard_2019	31/12/2034	OK

### Biometría Facial

Entrada	Nombre	Resultado
	Comprobación Facial	Ok ✓
	Prueba de Vida	Ok ✓

# Resultados de Verificación de Identidad

✓ Autenticidad del Documento de Identidad

✓ Biometría Facial

✓ Prueba de Vida

## Detalle

### Identificación Oficial Capturada





### Datos de la Verificación

Apellido/s	SANCHEZ SUAREZ	Nombre completo	VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ
Nombre	VIRIDIANA	Sexo	F
Fecha de expiración	31/12/2029	Número personal	SASV830609MDFNRR08
Fecha de nacimiento	09/06/1983	Identificación Oficial Capturada	SNSRVR83060909M700
Número de documento	194939291	Estado	DF
Dirección	C ORION 117 COL PRADO CHURUBUSCO 04230 003	Fecha de Registro	
Número de duplicados	02	Fecha de emisión	

### Tipo de Documento

Tipo	Vigencia	Resultado
MX_IDCard_2014	31/12/2029	OK

### Biometría Facial

Entrada	Nombre	Resultado
	Comprobación Facial	Ok ✓
	Prueba de Vida	Ok ✓

Ana Karen Ramírez Mendoza (aramirez@creze.com) creó el documento - con dirección IP 189.203.101.178 Jul 11, 2025, 13:33:09 CST

Solicitud de firma enviada a FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) Jul 11, 2025, 13:39:07 CST

Solicitud de firma enviada a VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) Jul 11, 2025, 13:39:07 CST

FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) firmó el documento con geolocalización en 19.3751786, -99.1227624 Jul 11, 2025, 13:55:04 CST

FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) firmó el documento - con dirección IP 187.190.193.128 Jul 11, 2025, 13:55:04 CST

FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) capturó foto(s) de identificación oficial con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 13:55:19 CST

**Identificación valida**



El proceso de biometría facial fue realizado con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 13:55:19 CST

**Biometría valida**



VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) firmó el documento con geolocalización en 19.3751786, -99.1227624 Jul 11, 2025, 14:04:58 CST

VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) firmó el documento - con dirección IP 187.190.193.128 Jul 11, 2025, 14:04:58 CST

VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) capturó foto(s) de identificación oficial con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 14:05:12 CST

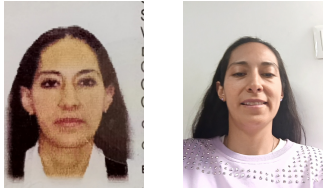
**Identificación valida**



El proceso de biometría facial fue realizado con el siguiente resultado:

Jul 11, 2025, 14:05:12 CST

**Biometría valida**



Documento certificado por Advantage Security, S de RL de CV como **Prestador de Servicios de Certificación** autorizado por la **Secretaría de Economía** en cumplimiento a la **NOM 151**

Jul 11, 2025, 14:05:13 CST

Documento encriptado e integrado a Blockchain privada para integridad de documento garantizada en: <https://app.weetrust.mx/validation>

Jul 11, 2025, 14:05:13 CST

## FORMATO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS

Solicito que, con base en la información que se indica en esta autorización, se realicen cargos periódicos en la cuenta que a continuación se especifica y bajo los términos siguientes:

DOMICILIACIÓN	
Fecha de la autorización	11/07/2025
Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse	<b>PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I DE C.V., SOFOM E.N.R</b>
Bien, servicio o crédito, a pagar	<b>CRÉDITO SIMPLE UNSECURED</b>
Periodicidad del pago (Facturación)	<b>MENSUAL</b>
Día del cargo	<b>Del 01 al 31</b>
Monto máximo del cargo autorizado	<b>MX\$ 31,404.72</b>
Titular	<b>INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ENSEÑANZA TECNICA Y SUPERIOR, S.C.</b>
Banco a cargo de la cuenta de depósito a la vista o de ahorro	<b>BBVA BANCOMER, S.A., INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER</b>
Clabe Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos)	<b>012180001138178067</b>
a) Prestadora de Servicios Ciclomart, S.A.P.I DE C.V. S.O.F.O.M.E.N.R podrá domiciliar los siguientes conceptos en el orden de preferencia: i) En su caso, al pago de intereses moratorios devengados bajo el Contrato de Crédito; ii) Al pago de intereses ordinarios devengados bajo el Contrato de Crédito; iii) Al pago de la suma principal del Saldo Global del Crédito; y iv) A aquellas otras cantidades adeudadas conforme al presente Contrato de Crédito b) Esta instrucción y autorización de cargo a mi cuenta se mantendrá vigente por plazo indeterminado. c) En caso de que existiere un reverso de cargo, Prestadora de Servicios Ciclomart, S.A.P.I DE C.V. S.O.F.O.M.E.N.R y/o la institución de crédito tendrá derecho al cobro de la cantidad de \$2,500.00 (Dos mil quinientos pesos, moneda nacional)	
Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la sustitución de la presente domiciliación sin costo a mi cargo, debiendo en ese caso señalar una nueva cuenta bancaria para realizar la domiciliación.	

EL TITULAR DE LA CUENTA  
**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ENSEÑANZA  
TECNICA Y SUPERIOR, S.C.**

Representada por:



FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS

EL SUSCRITO FIRMA LA PRESENTE MEDIANTE EL USO DE FIRMA ELECTRÓNICA, INCLUYENDO FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL), EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 89, 89 BIS, 93 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL INTERMEDIARIO SERVICIOS DE CRIPTOCARTERAS DIGITALES COINMX S. DE R. L. DE C.V. (MIFIEL), RECONOCIENDO DESDE ESTE MOMENTO QUE LOS DATOS DE CREACIÓN DE LA FIRMA SE ENCUENTRAN EN POSESIÓN DEL SUSCRITO, Y QUE DICHA FIRMA ES VÁLIDA Y ATRIBUIBLE AL SUSCRITO.

**CERTIFICACIONES DE FIRMAS ELECTRÓNICAS EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 89, 89 BIS Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES AL CÓDIGO DE COMERCIO, ASÍ COMO EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1, 2, 3, 7, 9 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES DE LA LEY DE FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA**

## FORMATO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS

Solicito que, con base en la información que se indica en esta autorización, se realicen cargos periódicos en la cuenta que a continuación se especifica y bajo los términos siguientes:

DOMICILIACIÓN	
Fecha de la autorización	11/07/2025
Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse	<b>PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I DE C.V., SOFOM E.N.R</b>
Bien, servicio o crédito, a pagar	<b>CRÉDITO SIMPLE UNSECURED</b>
Periodicidad del pago (Facturación)	<b>MENSUAL</b>
Día del cargo	<b>Del 01 al 31</b>
Monto máximo del cargo autorizado	<b>MX\$ 31,404.72</b>
Titular	<b>ESCUELA LATINOAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD INTEGRATIVA, S.C.</b>
Banco a cargo de la cuenta de depósito a la vista o de ahorro	<b>BBVA BANCOMER, S.A., INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER</b>
Clabe Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos)	<b>012180001199726681</b>
a) Prestadora de Servicios Ciclomart, S.A.P.I DE C.V. S.O.F.O.M.E.N.R podrá domiciliar los siguientes conceptos en el orden de preferencia: i) En su caso, al pago de intereses moratorios devengados bajo el Contrato de Crédito; ii) Al pago de intereses ordinarios devengados bajo el Contrato de Crédito; iii) Al pago de la suma principal del Saldo Global del Crédito; y iv) A aquellas otras cantidades adeudadas conforme al presente Contrato de Crédito b) Esta instrucción y autorización de cargo a mi cuenta se mantendrá vigente por plazo indeterminado. c) En caso de que existiere un reverso de cargo, Prestadora de Servicios Ciclomart, S.A.P.I DE C.V. S.O.F.O.M.E.N.R y/o la institución de crédito tendrá derecho al cobro de la cantidad de \$2,500.00 (Dos mil quinientos pesos, moneda nacional)	
Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la sustitución de la presente domiciliación sin costo a mi cargo, debiendo en ese caso señalar una nueva cuenta bancaria para realizar la domiciliación.	

EL TITULAR DE LA CUENTA  
**ESCUELA LATINOAMERICANA DE EDUCACIÓN EN  
SALUD INTEGRATIVA, S.C.**

Representada por:



FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS

EL SUSCRITO FIRMA LA PRESENTE MEDIANTE EL USO DE FIRMA ELECTRÓNICA, INCLUYENDO FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL), EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 89, 89 BIS, 93 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL INTERMEDIARIO SERVICIOS DE CRIPTOCARTERAS DIGITALES COINMX S. DE R. L. DE C.V. (MIFIEL), RECONOCIENDO DESDE ESTE MOMENTO QUE LOS DATOS DE CREACIÓN DE LA FIRMA SE ENCUENTRAN EN POSESIÓN DEL SUSCRITO, Y QUE DICHA FIRMA ES VÁLIDA Y ATRIBUIBLE AL SUSCRITO.

**CERTIFICACIONES DE FIRMAS ELECTRÓNICAS EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 89, 89 BIS Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES AL CÓDIGO DE COMERCIO, ASÍ COMO EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1, 2, 3, 7, 9 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES DE LA LEY DE FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA**

## FORMATO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS

Solicito que, con base en la información que se indica en esta autorización, se realicen cargos periódicos en la cuenta que a continuación se especifica y bajo los términos siguientes:

DOMICILIACIÓN	
Fecha de la autorización	11/07/2025
Nombre del proveedor del bien, servicio o crédito, según corresponda, que pretende pagarse	<b>PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I DE C.V., SOFOM E.N.R</b>
Bien, servicio o crédito, a pagar	<b>CRÉDITO SIMPLE UNSECURED</b>
Periodicidad del pago (Facturación)	<b>MENSUAL</b>
Día del cargo	<b>Del 01 al 31</b>
Monto máximo del cargo autorizado	<b>MX\$ 31,404.72</b>
Titular	<b>ALIANZA Y SALUD ALTERNATIVA, S.A. DE C.V.</b>
Banco a cargo de la cuenta de depósito a la vista o de ahorro	<b>BBVA BANCOMER, S.A., INSTITUCIÓN DE BANCA MÚLTIPLE, GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER</b>
Clabe Bancaria Estandarizada ("CLABE") de la Cuenta (18 dígitos)	<b>036180500454590990</b>
a) Prestadora de Servicios Ciclomart, S.A.P.I DE C.V. S.O.F.O.M.E.N.R podrá domiciliar los siguientes conceptos en el orden de preferencia: i) En su caso, al pago de intereses moratorios devengados bajo el Contrato de Crédito; ii) Al pago de intereses ordinarios devengados bajo el Contrato de Crédito; iii) Al pago de la suma principal del Saldo Global del Crédito; y iv) A aquellas otras cantidades adeudadas conforme al presente Contrato de Crédito b) Esta instrucción y autorización de cargo a mi cuenta se mantendrá vigente por plazo indeterminado. c) En caso de que existiere un reverso de cargo, Prestadora de Servicios Ciclomart, S.A.P.I DE C.V. S.O.F.O.M.E.N.R y/o la institución de crédito tendrá derecho al cobro de la cantidad de \$2,500.00 (Dos mil quinientos pesos, moneda nacional)	
Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la sustitución de la presente domiciliación sin costo a mi cargo, debiendo en ese caso señalar una nueva cuenta bancaria para realizar la domiciliación.	

EL TITULAR DE LA CUENTA  
**ALIANZA Y SALUD ALTERNATIVA, S.A. DE C.V.**  
Representada por:



FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS

EL SUSCRITO FIRMA LA PRESENTE MEDIANTE EL USO DE FIRMA ELECTRÓNICA, INCLUYENDO FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL), EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 89, 89 BIS, 93 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL INTERMEDIARIO SERVICIOS DE CRIPTOCARTERAS DIGITALES COINMX S. DE R. L. DE C.V. (MIFIEL), RECONOCIENDO DESDE ESTE MOMENTO QUE LOS DATOS DE CREACIÓN DE LA FIRMA SE ENCUENTRAN EN POSESIÓN DEL SUSCRITO, Y QUE DICHA FIRMA ES VÁLIDA Y ATRIBUIBLE AL SUSCRITO.

**CERTIFICACIONES DE FIRMAS ELECTRÓNICAS EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 89, 89 BIS Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES AL CÓDIGO DE COMERCIO, ASÍ COMO EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1, 2, 3, 7, 9 Y DEMÁS RELATIVOS Y APLICABLES DE LA LEY DE FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA**

# Resultados de Verificación de Identidad

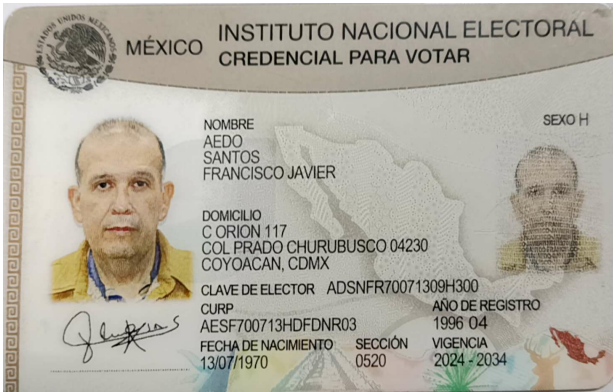
✓ Autenticidad del Documento de Identidad

✓ Biometría Facial

✓ Prueba de Vida

## Detalle

### Identificación Oficial Capturada





### Datos de la Verificación

Apellido/s	AEDO SANTOS	Nombre completo	FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS
Nombre	FRANCISCO JAVIER	Sexo	M
Fecha de expiración	31/12/2034	Número personal	AESF700713HDFDNR03
Fecha de nacimiento	13/07/1970	Identificación Oficial Capturada	ADSNFR70071309H300
Número de documento	264430392	Estado	DF
Dirección	CORION 117 COL PRADO CHURUBUSCO 04230 COYOACAN	Fecha de Registro	31/12/2024
Número de duplicados	04	Fecha de emisión	

### Tipo de Documento

Tipo	Vigencia	Resultado
MX_IDCard_2019	31/12/2034	OK

### Biometría Facial

Entrada	Nombre	Resultado
	Comprobación Facial	Ok ✓
	Prueba de Vida	Ok ✓

# Resultados de Verificación de Identidad

✓ Autenticidad del Documento de Identidad

✓ Biometría Facial

✓ Prueba de Vida

## Detalle

### Identificación Oficial Capturada



### Datos de la Verificación

Apellido/s	SANCHEZ SUAREZ	Nombre completo	VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ
Nombre	VIRIDIANA	Sexo	F
Fecha de expiración	31/12/2029	Número personal	SASV830609MDFNRR08
Fecha de nacimiento	09/06/1983	Identificación Oficial Capturada	SNSRVR83060909M700
Número de documento	194939291	Estado	DF
Dirección	C ORION 117 COL PRADO CHURUBUSCO 04230 003	Fecha de Registro	
Número de duplicados	02	Fecha de emisión	

## Tipo de Documento

Tipo	Vigencia	Resultado
MX_IDCard_2014	31/12/2029	OK

## Biometría Facial

Entrada	Nombre	Resultado
	Comprobación Facial	Ok ✓
	Prueba de Vida	Ok ✓

- Ana Karen Ramírez Mendoza (aramirez@creze.com) creó el documento - con dirección IP 189.203.101.178 Jul 11, 2025, 13:33:09 CST
- Solicitud de firma enviada a FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) Jul 11, 2025, 13:39:07 CST
- Solicitud de firma enviada a VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) Jul 11, 2025, 13:39:07 CST
- FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) firmó el documento con geolocalización en 19.3751786, -99.1227624 Jul 11, 2025, 13:55:04 CST
- FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) firmó el documento - con dirección IP 187.190.193.128 Jul 11, 2025, 13:55:04 CST
- FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) capturó foto(s) de identificación oficial con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 13:55:19 CST

**Identificación valida**



El proceso de biometría facial fue realizado con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 13:55:19 CST

**Biometría valida**



VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) firmó el documento con geolocalización en 19.3751786, -99.1227624 Jul 11, 2025, 14:04:58 CST

VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) firmó el documento - con dirección IP 187.190.193.128 Jul 11, 2025, 14:04:58 CST

VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) capturó foto(s) de identificación oficial con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 14:05:12 CST

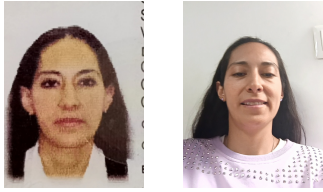
**Identificación valida**



El proceso de biometría facial fue realizado con el siguiente resultado:

Jul 11, 2025, 14:05:12 CST

**Biometría valida**



Documento certificado por Advantage Security, S de RL de CV como **Prestador de Servicios de Certificación** autorizado por la **Secretaría de Economía** en cumplimiento a la **NOM 151**

Jul 11, 2025, 14:05:13 CST

Documento encriptado e integrado a Blockchain privada para integridad de documento garantizada en: <https://app.weetrust.mx/validation>

Jul 11, 2025, 14:05:13 CST

## Cuestionario de Identificación Persona Moral Nacional - Riesgo Bajo

### Acreditado

KYC Persona Moral					
Datos generales					
Denominación o Razón Social					
<b>INSTITUTO LATINOAMERICANO DE ENSEÑANZA TECNICA Y SUPERIOR, S.C.</b>					
<b>Fecha de Constitución (dd/mm/aaaa)</b>	<b>Nacionalidad</b>		<b>RFC con Homoclave</b>		
02/05/2019	MEXICANA		ILE190502LW4		
<b>Giro Mercantil / Actividad / Objeto Social</b>		<b>Télefono (s)</b>	<b>Correo Electrónico</b>		
ESCUELAS DEL SECTOR PRIVADO DEDICADAS A LA ENSEÑANZA DE OFICIOS, QUE TENGAN AUTORIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS, EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN		5555821792	rectoria@ilet.edu.mx		
<b>FIEL (en su caso)</b>	<b>Nombre Completo del Apoderado/Representante Legal</b>				
00001000000708544413	<b>FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS</b>				
Estructura Accionaria					
<b>Accionista</b>	<b>RFC</b>		<b>Capital Social</b>	<b>Porcentaje</b>	
FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS	AESF7007133Q5		\$45000	90%	
VIRIDIANA SÁNCHEZ SUARÉZ			\$5000	10%	
Domicilio de la Persona Moral					
<b>Avenida / Calle</b>		<b>Número Exterior</b>	<b>Número Interior</b>		
CALZADA DE LA VIGA		1337	PISO 2		
<b>Colonia</b>		<b>Alcaldía / Municipio</b>	<b>Ciudad / Población</b>		
RETOÑO		IZTAPALAPA	CIUDAD DE MEXICO		
<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>	<b>País</b>		
CIUDAD DE MEXICO		09440	MEXICO		
<b>Localidad</b>		<b>Tiempo en domicilio actual</b>			
IZTAPALAPA		6 AÑOS			
Personas que ejercen el control					
Nombre	RFC	CURP (En caso de PF)	Fecha de constitución (En caso de PM)	Tipo de Control	% de Participación
				i   ii   iii   iv   v	
FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS	AESF7007133Q5	AESF700713HDFDNR03		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	90%

**Información del Apoderado/Representante Legal  
de la Persona Moral**

**Datos Generales**

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

<b>Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>País de Nacimiento</b>	<b>Entidad Federativa de Nacimiento</b>
13/07/1970	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
<b>País de Residencia</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Género</b>
MEXICO	MEXICANA	MASCULINO
<b>RFC con Homoclave</b>	<b>Ocupación / Profesión</b>	<b>Actividad Económica / Giro Empresarial</b>
AESF7007133Q5	EMPRESARIO	ASALARIADO, CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO QUE CUENTEN CON TÍTULO DE MÉDICO CONFORME A LAS LEYES
<b>Teléfono Principal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
5555821792	5555821792	aedo0770@yahoo.com.mx
<b>CURP</b>	<b>FIEL (en caso de contar con ella)</b>	<b>Tipo y No. de Forma Migratoria (solo extranjeros)</b>
AESF700713HDFDNR03	00001000000708537862	N/A

**Domicilio**

<b>Avenida / Calle</b>	<b>Número Exterior</b>	<b>Número Interior</b>
ORION	117	
<b>Colonia</b>	<b>Alcaldía / Municipio</b>	<b>Ciudad / Población</b>
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>País</b>
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

**Información de los accionistas (exclusivamente personas físicas) que tengan el 25% o más de las acciones del cliente Persona Moral**

**Accionista 1  
Datos  
Generales**

**Nombre Completo (apellido paterno, materno y nombre(s) sin abreviaturas)**

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

<b>Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>País de Nacimiento</b>	<b>Entidad Federativa de Nacimiento</b>
13/07/1970	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
<b>País de Residencia</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Género</b>
MEXICO	MEXICANA	MASCULINO
<b>RFC con Homoclave</b>	<b>Ocupación / Profesión</b>	<b>Actividad Económica / Giro Empresarial</b>
AESF7007133Q5	EMPRESARIO	ASALARIADO, CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO QUE CUENTEN CON TÍTULO DE MÉDICO CONFORME A LAS LEYES
<b>Teléfono Principal</b>	<b>Teléfono (otro)</b>	<b>Correo Electrónico</b>
5555821792	5555821792	aedo0770@yahoo.com.mx
<b>CURP</b>	<b>FIEL (en caso de contar con ella)</b>	<b>Tipo y No. de Forma Migratoria (en caso de extranjeros)</b>
AESF700713HDFDNR03	00001000000708537862	N/A

**Domicilio Particular en Lugar de Residencia**

<b>Avenida / Calle</b>	<b>Número Exterior</b>	<b>Número Interior</b>
ORION	117	
<b>Colonia</b>	<b>Alcaldía / Municipio</b>	<b>Ciudad / Población</b>
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>País</b>
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

**Datos complementarios**

**Productos y/o servicios que contratará**  
CREDITO SIMPLE UNSECURED

<b>Origen de los recursos a operar</b>  PROPIOS	<b>Destino de los recursos a operar</b> ABRIR OTRA SUCURSAL / PUNTO DE VENTA	<b>Monto de operación (estimado mensual)</b>  MX\$ 31,404.72
<b>Número de operaciones (estimado mensual)</b>  1	<b>Frecuencia transaccional (estimado mensual)</b>  Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	

**¿Realizará pagos en efectivo?**

Sí       No

**En caso de utilizar dinero en efectivo, favor de especificar motivos y monto estimado mensual.**

N/A

**¿El apoderado/representante legal o alguno de los socios o accionistas de la persona moral desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí       No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Dependencia: N/A

Puesto: N/A

Principales funciones: N/A

Período de Ejercicio: N/A

**¿El cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado del apoderado legal o de alguno de los socios o accionistas de la persona moral desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí       No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Nombre: N/A

Puesto: N/A

Dependencia: N/A

Período de Ejercicio: N/A

Principales funciones: N/A

Parentesco / Relación: N/A

**¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R. y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos?**

Sí       No

**\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales"**

**¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establezca con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R., sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo?**

Sí       No

**\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos"**

**Declaratoria del Apoderado de la Persona Moral**

Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo en representación de la persona moral por convicción e iniciativa propia y que el origen y destino de los recursos a operar es lícito. Fecha de elaboración:


**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Nombre y Firma del Apoderado

Lugar de elaboración: CIUDAD DE MÉXICO

Fecha de elaboración: 11/07/2025

**Documentación necesaria para la apertura:**

**Persona Moral**

- Escritura constitutiva con boleta de inscripción en RPPC.
- Cédula de identificación fiscal.
- En caso de sociedades extranjeras el documento en el que conste el número de identificación fiscal de su país de origen.\*
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada).
- Comprobante de domicilio a nombre de la persona moral, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- Escritura en la que consten las facultades del apoderado legal.
- Acta de asamblea de accionistas en donde consten los accionistas actuales de la sociedad.

**Accionistas y/o personas que ejercen Control y/o Representante legal**

- Identificación oficial vigente.
- En caso de personas de nacionalidad extranjera, forma migratoria o pasaporte.\*
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada), en caso de contar con ella.
- Clave única de Registro de Población CURP.
- Inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes y cédula fiscal
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

**\*Tipo de Control**

- (i)** Imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea general de accionistas o de socios o en el órgano de gobierno equivalente de una persona moral.
- (ii)** Nombrar o destituir a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral.
- (iii)** Mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral.
- (iv)** Dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral.
- (v)** Adicionalmente, se entenderá que ejerce Control aquella persona física, que directa o indirectamente, adquiera el 25% o más de la composición accionaria o del capital social, de una persona moral.

Cuando no exista una persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% o 50%, se deberán indicar los datos del administrador único o los miembros del Consejo de Administración

❖ Este formato será evidencia de la entrevista personal a que se refiere la 7a de las disposiciones de carácter general del artículo 95 BIS de la LGOAAC.

## Cuestionario de Identificación Persona Física

Cuestionario de Identificación Coacreditado/Obligado Solidario/Tercero autorizado

KYC  
Persona Física

### Datos Generales

**Nombre Completo (apellido paterno, materno y nombre(s) sin abreviaturas)**

FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS

<b>Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>País de Nacimiento</b>	<b>Entidad Federativa de Nacimiento</b>
13/07/1970	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
<b>País de Residencia</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Género</b>
MEXICO	MEXICANA	MASCULINO
<b>RFC con Homoclave</b>	<b>Ocupación / Profesión</b>	<b>Actividad Económica / Giro Empresarial</b>
AESF7007133Q5	EMPRESARIO	ASALARIADO, CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO QUE CUENTEN CON TÍTULO DE MÉDICO CONFORME A LAS LEYES
<b>Teléfono Principal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
5555821792	5555821792	aedo0770@yahoo.com.mx
<b>CURP</b>	<b>FIEL (en caso de contar con ella)</b>	<b>Tipo y No. de Forma Migratoria (solo extranjeros)</b>
AESF700713HDFDNR03	00001000000708537862	N/A

### Domicilio particular en Lugar de Residencia

<b>Avenida / Calle</b>	<b>Número Exterior</b>	<b>Número Interior</b>
ORION	117	
<b>Colonia</b>	<b>Alcaldía / Municipio</b>	<b>Ciudad / Población</b>
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>País</b>
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

### Datos complementarios

**Productos y/o servicios que contratará**  
CREDITO SIMPLE UNSECURED

<b>Origen de los recursos a operar</b>	<b>Destino de los recursos a operar</b>	<b>Monto de operación (estimado mensual)</b>
PROPIOS	ABRIR OTRA SUCURSAL / PUNTO DE VENTA	MX\$ 31,404.72
<b>Número de operaciones (estimado mensual)</b>	<b>Frecuencia transaccional (estimado mensual)</b>	
1	Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	

**¿Realizará pagos en efectivo?**

Sí

No

En caso de utilizar dinero en efectivo, favor de especificar motivos y monto estimado mensual.

N/A

**¿Desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Dependencia: N/A

Puesto: N/A

Principales funciones: N/A

Período de Ejercicio: N/A

**¿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 o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Nombre: N/A

Puesto: N/A

Dependencia: N/A

Período de Ejercicio: N/A

Principales funciones: N/A

Parentesco / Relación: N/A

**¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R. y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales"

**¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establezca con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R., sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos"

### Cuestionario de Identificación Coacreditado/Obligado Solidario/Tercero autorizado Persona Física

Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas y que el origen y destino de los recursos a operar es lícito. Fecha de elaboración:



**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Nombre y Firma del Cliente

Lugar de elaboración: CIUDAD DE MÉXICO

Fecha de elaboración: 11/07/2025

#### Documentación necesaria para la apertura:

- Identificación oficial vigente.
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada), en caso de contar con ella.
- Clave única de Registro de Población CURP.
- Inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes y cédula fiscal
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

\*Este formato será evidencia de la entrevista personal a que se refiere la 7a de las disposiciones de carácter general del artículo 95 BIS de la LGOAAC.

## Cuestionario de Identificación Persona Física

Cuestionario de Identificación Coacreditado/Obligado Solidario/Tercero autorizado

KYC Persona Física		
Datos Generales		
Nombre Completo (apellido paterno, materno y nombre(s) sin abreviaturas)		
VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ		
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento
09/06/1983	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
País de Residencia	Nacionalidad	Género
MEXICO	MEXICANA	FEMENINO
RFC con Homoclave	Ocupación / Profesión	Actividad Económica / Giro Empresarial
SASV8306098P6	EMPRESARIO	OTROS CONSULTORIOS DEL SECTOR PRIVADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
Teléfono Principal	Teléfono	Correo Electrónico
5555816527	5592400250	viri.310811@gmail.com
CURP	FIEL (en caso de contar con ella)	Tipo y No. de Forma Migratoria (solo extranjeros)
SASV830609MDFNRR08	N/A	N/A

Domicilio particular en Lugar de Residencia		
Avenida / Calle	Número Exterior	Número Interior
ORION	117	
Colonia	Alcaldía / Municipio	Ciudad / Población
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
Estado	Código Postal	País
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

### Datos complementarios

Productos y/o servicios que contratará CREDITO SIMPLE UNSECURED		
Origen de los recursos a operar	Destino de los recursos a operar	Monto de operación (estimado mensual)
PROPIOS	ABRIR OTRA SUCURSAL / PUNTO DE VENTA	<b>MX\$ 31,404.72</b>
Número de operaciones (estimado mensual)	Frecuencia transaccional (estimado mensual)	
1	Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	

¿Realizará pagos en efectivo?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
En caso de utilizar dinero en efectivo, favor de especificar motivos y monto estimado mensual.	
N/A	

**¿Desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Dependencia: N/A

Puesto: N/A

Principales funciones: N/A

Período de Ejercicio: N/A

**¿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 o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Nombre: N/A

Puesto: N/A

Dependencia: N/A

Período de Ejercicio: N/A

Principales funciones: N/A

Parentesco / Relación: N/A

**¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R. y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos?**

Sí

No

**\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales"**

**¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establezca con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R., sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo?**

Sí

No

**\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos"**

### Cuestionario de Identificación Coacreditado/Obligado Solidario/Tercero autorizado Persona Física

Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas y que el origen y destino de los recursos a operar es lícito. Fecha de elaboración:


**VIRIDIANA SÁNCHEZ SUARÉZ**

Nombre y Firma del Cliente

Lugar de elaboración: CIUDAD DE MÉXICO

Fecha de elaboración: 11/07/2025

#### Documentación necesaria para la apertura:

- Identificación oficial vigente.
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada), en caso de contar con ella.
- Clave única de Registro de Población CURP.
- Inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes y cédula fiscal
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

\*Este formato será evidencia de la entrevista personal a que se refiere la 7a de las disposiciones de carácter general del artículo 95 BIS de la LGOAAC.

## Cuestionario de Identificación Persona Moral Nacional - Riesgo Bajo

Cuestionario de Identificación Coacreditado /Obligado Solidario / Tercero Autorizado Persona Moral

KYC Persona Moral					
Datos generales					
Denominación o Razón Social					
<b>ESCUELA LATINOAMERICANA DE EDUCACIÓN EN SALUD INTEGRATIVA, S.C.</b>					
<b>Fecha de Constitución (dd/mm/aaaa)</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>RFC con Homoclave</b>			
26/05/2024	MEXICANA	ELE0404266T0			
<b>Giro Mercantil / Actividad / Objeto Social</b>		<b>Télefono (s)</b>	<b>Correo Electrónico</b>		
ESCUELAS DE EDUCACIÓN SUPERIOR PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO, QUE TENGAN AUTORIZACIÓN O RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL DE ESTUDIOS, EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN		5592400250	dr.aedo@elaesi.edu.mx		
<b>FIEL (en su caso)</b>	<b>Nombre Completo del Apoderado/Representante Legal</b>				
N/A	<b>FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS</b>				
Estructura Accionaria					
<b>Accionista</b>	<b>RFC</b>	<b>Capital Social</b>	<b>Porcentaje</b>		
FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS	AESF7007133Q5	\$169062	74.88%		
VIRIDIANA SANCHEZ SUAEZ	SASV8306098P6	\$56711	25.11%		
Domicilio de la Persona Moral					
<b>Avenida / Calle</b>		<b>Número Exterior</b>	<b>Número Interior</b>		
CALZADA DE LA VIGA		1337	PISO 5		
<b>Colonia</b>		<b>Alcaldía / Municipio</b>	<b>Ciudad / Población</b>		
RETOÑO		IZTAPALAPA	CIUDAD DE MEXICO		
<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>	<b>País</b>		
CIUDAD DE MÉXICO		09440	MEXICO		
<b>Localidad</b>		<b>Tiempo en domicilio actual</b>			
IZTAPALAPA		1 AÑO			
Propietario (s) Real (es)					
Nombre	RFC	CURP (En caso de PF)	Fecha de constitución (En caso de PM)	Tipo de Control	% de Participación
FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS	AESF7007133Q5	AESF700713HDFDNR03		i   ii   iii   iv   v	74.88%
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
VIRIDIANA SANCHEZ SUAEZ	SASV8306098P6	SASV830609MDFNRR08		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	25.11%

**Información del Apoderado/Representante Legal  
de la Persona Moral**

**Datos Generales**

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento
13/07/1970	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
País de Residencia	Nacionalidad	Género
MEXICO	MEXICANA	MASCULINO
RFC con Homoclave	Ocupación / Profesión	Actividad Económica / Giro Empresarial
AESF7007133Q5	EMPRESARIO	ASALARIADO, CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO QUE CUENTEN CON TÍTULO DE MÉDICO CONFORME A LAS LEYES
Teléfono Principal	Teléfono	Correo Electrónico
5555821792	5555821792	aedo0770@yahoo.com.mx
CURP	FIEL (en caso de contar con ella)	Tipo y No. de Forma Migratoria (solo extranjeros)
AESF700713HDFDNR03	N/A	N/A

**Domicilio**

Avenida / Calle	Número Exterior	Número Interior
ORION	117	
Colonia	Alcaldía / Municipio	Ciudad / Población
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
Estado	Código Postal	País
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

**Información de los accionistas (exclusivamente personas físicas) que tengan el 25% o más de las acciones del cliente Persona Moral**

**Accionista 1  
Datos  
Generales**

**Nombre Completo (apellido paterno, materno y nombre(s) sin abreviaturas)**

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	País de Nacimiento	Entidad Federativa de Nacimiento
13/07/1970	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
País de Residencia	Nacionalidad	Género
MEXICO	MEXICANA	MASCULINO
RFC con Homoclave	Ocupación / Profesión	Actividad Económica / Giro Empresarial
AESF7007133Q5	EMPRESARIO	ASALARIADO, CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO QUE CUENTEN CON TÍTULO DE MÉDICO CONFORME A LAS LEYES
Teléfono Principal	Teléfono (otro)	Correo Electrónico
5555821792	5592400250	aedo0770@yahoo.com.mx
CURP	FIEL (en caso de contar con ella)	Tipo y No. de Forma Migratoria (en caso de extranjeros)
AESF700713HDFDNR03	N/A	N/A

**Domicilio Particular en Lugar de Residencia**

Avenida / Calle	Número Exterior	Número Interior
ORION	117	
Colonia	Alcaldía / Municipio	Ciudad / Población
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
Estado	Código Postal	País
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

**Información de los accionistas (exclusivamente personas físicas) que tengan el 25% o más de las acciones del cliente Persona Moral**

**Accionista 2  
Datos  
Generales**

**Nombre Completo (apellido paterno, materno y nombre(s) sin abreviaturas)**

VIRIDIANA SANCHEZ SUAEZ

<b>Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)</b> 09/06/1983	<b>País de Nacimiento</b> MEXICO	<b>Entidad Federativa de Nacimiento</b> CIUDAD DE MEXICO
<b>País de Residencia</b> MEXICO	<b>Nacionalidad</b> MEXICANA	<b>Género</b> FEMENINO
<b>RFC con Homoclave</b> SASV8306098P6	<b>Ocupación / Profesión</b> EMPRESARIO	<b>Actividad Económica / Giro Empresarial</b> OTROS CONSULTORIOS DEL SECTOR PRIVADO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD
<b>Teléfono Principal</b> 5555816527	<b>Teléfono (otro)</b> 5592400250	<b>Correo Electrónico</b> viri.310811@gmail.com
<b>CURP</b> SASV830609MDFNRR08	<b>FIEL (en caso de contar con ella)</b> N/A	<b>Tipo y No. de Forma Migratoria (en caso de extranjeros)</b> N/A
<b>Domicilio Particular en Lugar de Residencia</b>		
<b>Avenida / Calle</b> ORION	<b>Número Exterior</b> 117	<b>Número Interior</b>
<b>Colonia</b> PRADO CHURUBUSCO	<b>Alcaldía / Municipio</b> COYOACAN	<b>Ciudad / Población</b> CIUDAD DE MEXICO
<b>Estado</b> CIUDAD DE MEXICO	<b>Código Postal</b> 04230	<b>País</b> MEXICO

**Datos complementarios**

**Productos y/o servicios que contratará**

CREDITO SIMPLE UNSECURED

<b>Origen de los recursos a operar</b> PROPIOS	<b>Destino de los recursos a operar</b> ABRIR OTRA SUCURSAL / PUNTO DE VENTA	<b>Monto de operación (estimado mensual)</b> MX\$ 31,404.72
<b>Número de operaciones (estimado mensual)</b> 1	<b>Frecuencia transaccional (estimado mensual)</b> Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	

**¿Realizará pagos en efectivo?**

Sí

No

**En caso de utilizar dinero en efectivo, favor de especificar motivos y monto estimado mensual.**

N/A

**¿El apoderado/representante legal o alguno de los socios o accionistas de la persona moral desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Dependencia: N/A

Puesto: N/A

Principales funciones: N/A

Período de Ejercicio: N/A

**¿El cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado del apoderado legal o de alguno de los socios o accionistas de la persona moral desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Nombre: N/A

Puesto: N/A

Dependencia: N/A  
Principales funciones: N/A

Período de Ejercicio: N/A  
Parentesco / Relación: N/A

**¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R. y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos?**

Sí

No

**\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales"**

**¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establezca con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R., sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo?**

Sí

No

**\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos"**

### Declaratoria del Apoderado de la Persona Moral

Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo en representación de la persona moral por convicción e iniciativa propia y que el origen y destino de los recursos a operar es lícito. Fecha de elaboración:



**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**  
Nombre y Firma del Apoderado

Lugar de elaboración: CIUDAD DE MÉXICO

Fecha de elaboración: 11/07/2025

#### Documentación necesaria para la apertura:

##### Persona Moral

- Escritura constitutiva con boleta de inscripción en RPPC.
- Cédula de identificación fiscal.
- En caso de sociedades extranjeras el documento en el que conste el número de identificación fiscal de su país de origen.\*
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada).
- Comprobante de domicilio a nombre de la persona moral, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- Escritura en la que consten las facultades del apoderado legal.
- Acta de asamblea de accionistas en donde consten los accionistas actuales de la sociedad.

##### Accionistas y/o personas que ejercen Control y/o Representante legal

- Identificación oficial vigente.
- En caso de personas de nacionalidad extranjera, forma migratoria o pasaporte.\*
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada), en caso de contar con ella.
- Clave única de Registro de Población CURP.
- Inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes y cédula fiscal
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

##### \*Tipo de Control

- (i) Imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea general de accionistas o de socios o en el órgano de gobierno equivalente de una persona moral.
- (ii) Nombrar o destituir a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral.
- (iii) Mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral.
- (iv) Dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral.
- (v) Adicionalmente, se entenderá que ejerce Control aquella persona física, que directa o indirectamente, adquiera el 25% o más de la composición accionaria o del capital social, de una persona moral.

Cuando no exista una persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% o 50%, se deberán indicar los datos del administrador único o los miembros del Consejo de Administración

❖ Este formato será evidencia de la entrevista personal a que se refiere la 7a de las disposiciones de carácter general del artículo 95 BIS de la LGOAAC.

## Cuestionario de Identificación Persona Moral Nacional - Riesgo Bajo

Cuestionario de Identificación Coacreditado /Obligado Solidario / Tercero Autorizado Persona Moral

KYC Persona Moral																
Datos generales																
Denominación o Razón Social																
ALIANZA Y SALUD ALTERNATIVA, S.A. DE C.V.																
Fecha de Constitución (dd/mm/aaaa)		Nacionalidad		RFC con Homoclave												
20/04/2018		MEXICANA		ASA1804201F6												
Giro Mercantil / Actividad / Objeto Social			Teléfono (s)		Correo Electrónico											
COMERCIO AL POR MENOR DE ARTÍCULOS DE PERFUMERÍA Y COSMÉTICOS			5524582382		ventas@alianzaalternativa.mx											
FIEL (en su caso)		Nombre Completo del Apoderado/Representante Legal														
N/A		FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS														
Estructura Accionaria																
Accionista		RFC		Capital Social	Porcentaje											
FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS		AESF7007133Q5		\$40000	80%											
VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ				\$10000	20%											
Domicilio de la Persona Moral																
Avenida / Calle		Número Exterior		Número Interior												
CALZADA DE LA VIGA		1337		PISO 5												
Colonia		Alcaldía / Municipio		Ciudad / Población												
EL RETOÑO		IZTAPALAPA		CIUDAD DE MEXICO												
Estado		Código Postal		País												
CIUDAD DE MEXICO		09440		MEXICO												
Localidad		Tiempo en domicilio actual														
IZTAPALAPA		7 AÑOS														
Propietario (s) Real (es)																
Nombre	RFC	CURP (En caso de PF)	Fecha de constitución (En caso de PM)	Tipo de Control		% de Participación										
FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS	AESF7007133Q5	AESF700713HDFDNR03		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">i</td> <td style="text-align: center;">ii</td> <td style="text-align: center;">iii</td> <td style="text-align: center;">iv</td> <td style="text-align: center;">v</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		i	ii	iii	iv	v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	80%
i	ii	iii	iv	v												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>												

**Información del Apoderado/Representante Legal  
de la Persona Moral**

**Datos Generales**

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

<b>Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>País de Nacimiento</b>	<b>Entidad Federativa de Nacimiento</b>
13/07/1970	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
<b>País de Residencia</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Género</b>
MEXICO	MEXICANA	MASCULINO
<b>RFC con Homoclave</b>	<b>Ocupación / Profesión</b>	<b>Actividad Económica / Giro Empresarial</b>
AESF7007133Q5	EMPRESARIO	ASALARIADO, CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO QUE CUENTEN CON TÍTULO DE MÉDICO CONFORME A LAS LEYES
<b>Teléfono Principal</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Correo Electrónico</b>
5555821792	5555821792	aedo0770@yahoo.com.mx
<b>CURP</b>	<b>FIEL (en caso de contar con ella)</b>	<b>Tipo y No. de Forma Migratoria (solo extranjeros)</b>
AESF700713HDFDNR03	N/A	N/A

**Domicilio**

<b>Avenida / Calle</b>	<b>Número Exterior</b>	<b>Número Interior</b>
ORION	117	
<b>Colonia</b>	<b>Alcaldía / Municipio</b>	<b>Ciudad / Población</b>
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>País</b>
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

**Información de los accionistas (exclusivamente personas físicas) que tengan el 25% o más de las acciones del cliente Persona Moral**

**Accionista 1  
Datos  
Generales**

**Nombre Completo (apellido paterno, materno y nombre(s) sin abreviaturas)**

**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**

<b>Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)</b>	<b>País de Nacimiento</b>	<b>Entidad Federativa de Nacimiento</b>
13/07/1970	MEXICO	CIUDAD DE MEXICO
<b>País de Residencia</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Género</b>
MEXICO	MEXICANA	MASCULINO
<b>RFC con Homoclave</b>	<b>Ocupación / Profesión</b>	<b>Actividad Económica / Giro Empresarial</b>
AESF7007133Q5	EMPRESARIO	ASALARIADO, CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL PERTENECIENTES AL SECTOR PRIVADO QUE CUENTEN CON TÍTULO DE MÉDICO CONFORME A LAS LEYES
<b>Teléfono Principal</b>	<b>Teléfono (otro)</b>	<b>Correo Electrónico</b>
5555821792	5555821792	aedo0770@yahoo.com.mx
<b>CURP</b>	<b>FIEL (en caso de contar con ella)</b>	<b>Tipo y No. de Forma Migratoria (en caso de extranjeros)</b>
AESF700713HDFDNR03	N/A	N/A

**Domicilio Particular en Lugar de Residencia**

<b>Avenida / Calle</b>	<b>Número Exterior</b>	<b>Número Interior</b>
ORION	117	
<b>Colonia</b>	<b>Alcaldía / Municipio</b>	<b>Ciudad / Población</b>
PRADO CHURUBUSCO	COYOACAN	CIUDAD DE MEXICO
<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>País</b>
CIUDAD DE MEXICO	04230	MEXICO

**Datos complementarios**

**Productos y/o servicios que contratará**

CREDITO SIMPLE

<b>Origen de los recursos a operar</b>  PROPIOS	<b>Destino de los recursos a operar</b>  ABRIR OTRA SUCURSAL / PUNTO DE VENTA	<b>Monto de operación (estimado mensual)</b>  MX\$ 31,404.72
<b>Número de operaciones (estimado mensual)</b>  1	<b>Frecuencia transaccional (estimado mensual)</b>  Baja <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>	

**¿Realizará pagos en efectivo?**

Sí

No

En caso de utilizar dinero en efectivo, favor de especificar motivos y monto estimado mensual.

N/A

**¿El apoderado/representante legal o alguno de los socios o accionistas de la persona moral desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Dependencia: N/A

Puesto: N/A

Principales funciones: N/A

Período de Ejercicio: N/A

**¿El cónyuge o algún pariente por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado del apoderado legal o de alguno de los socios o accionistas de la persona moral desempeña actualmente o desempeñó durante el año inmediato anterior algún cargo público destacado a nivel federal, estatal o municipal en México o en algún país extranjero?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar, de lo contrario añadir N/A: N/A

Nombre: N/A

Puesto: N/A

Dependencia: N/A

Período de Ejercicio: N/A

Principales funciones: N/A

Parentesco / Relación: N/A

**¿Algún tercero obtendrá los beneficios derivados de las operaciones realizadas con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R. y ejercerá los derechos de uso, aprovechamiento o disposición de los recursos operados, siendo el verdadero propietario de los mismos?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Propietarios Reales"

**¿Algún tercero aportará regularmente recursos para el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato que se establezca con PRESTADORA DE SERVICIOS CICLOMART, S.A.P.I. DE C.V., SOFOM, E.N.R., sin ser el titular de dicho contrato ni obtener los beneficios económicos derivados del mismo?**

Sí

No

\*En caso positivo, especificar el nombre de la persona física o moral y llenar el "Formato de Identificación de Proveedores de Recursos"

**Declaratoria del Apoderado de la Persona Moral**

Declaro que la información y documentación presentadas son verdaderas, que actúo en representación de la persona moral por convicción e iniciativa propia y que el origen y destino de los recursos a operar es lícito. Fecha de elaboración:



**FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS**  
Nombre y Firma del Apoderado

Lugar de elaboración: CIUDAD DE MÉXICO

Fecha de elaboración: 11/07/2025

**Documentación necesaria para la apertura:**

**Persona Moral**

- Escritura constitutiva con boleta de inscripción en RPPC.
- Cédula de identificación fiscal.
- En caso de sociedades extranjeras el documento en el que conste el número de identificación fiscal de su país de origen.\*
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada).
- Comprobante de domicilio a nombre de la persona moral, con una antigüedad no mayor a 3 meses.
- Escritura en la que consten las facultades del apoderado legal.
- Acta de asamblea de accionistas en donde consten los accionistas actuales de la sociedad.

**Accionistas y/o personas que ejercen Control y/o Representante legal**

- Identificación oficial vigente.
- En caso de personas de nacionalidad extranjera, forma migratoria o pasaporte.\*
- Comprobante de e.firma (antes FIEL, Firma Electrónica Avanzada), en caso de contar con ella.
- Clave única de Registro de Población CURP.
- Inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes y cédula fiscal
- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses.

**\*Tipo de Control**

- (i)** Imponer, directa o indirectamente, decisiones en la asamblea general de accionistas o de socios o en el órgano de gobierno equivalente de una persona moral.
- (ii)** Nombrar o destituir a la mayoría de los consejeros, administradores o equivalentes de una persona moral.
- (iii)** Mantener la titularidad de derechos que permitan, directa o indirectamente, ejercer el voto respecto de más del cincuenta por ciento del capital social de una persona moral.
- (iv)** Dirigir, directa o indirectamente, la administración, la estrategia o las principales políticas de una persona moral.
- (v)** Adicionalmente, se entenderá que ejerce Control aquella persona física, que directa o indirectamente, adquiera el 25% o más de la composición accionaria o del capital social, de una persona moral.

Cuando no exista una persona física que posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje igual o superior al 25% o 50%, se deberán indicar los datos del administrador único o los miembros del Consejo de Administración

❖ Este formato será evidencia de la entrevista personal a que se refiere la 7a de las disposiciones de carácter general del artículo 95 BIS de la LGOAAC.

# Resultados de Verificación de Identidad

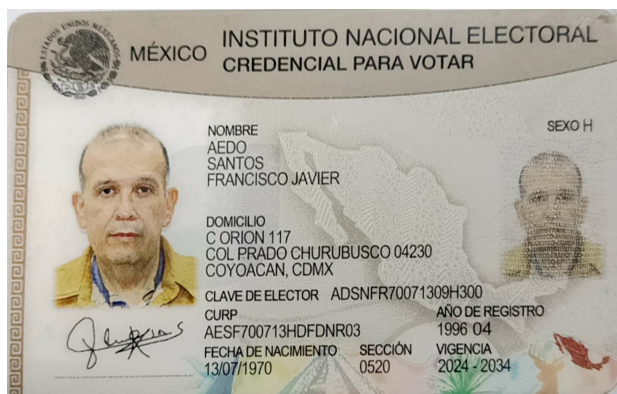
✓ Autenticidad del Documento de Identidad

✓ Biometría Facial

✓ Prueba de Vida

## Detalle

### Identificación Oficial Capturada





### Datos de la Verificación

Apellido/s	AEDO SANTOS	Nombre completo	FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS
Nombre	FRANCISCO JAVIER	Sexo	M
Fecha de expiración	31/12/2034	Número personal	AESF700713HDFDNR03
Fecha de nacimiento	13/07/1970	Identificación Oficial Capturada	ADSNFR70071309H300
Número de documento	264430392	Estado	DF
Dirección	CORION 117 COL PRADO CHURUBUSCO 04230 COYOACAN	Fecha de Registro	31/12/2024
Número de duplicados	04	Fecha de emisión	

### Tipo de Documento

Tipo	Vigencia	Resultado
MX_IDCard_2019	31/12/2034	OK

### Biometría Facial

Entrada	Nombre	Resultado
	Comprobación Facial	Ok ✓
	Prueba de Vida	Ok ✓

# Resultados de Verificación de Identidad

✓ Autenticidad del Documento de Identidad

✓ Biometría Facial

✓ Prueba de Vida

## Detalle

### Identificación Oficial Capturada





### Datos de la Verificación

Apellido/s	SANCHEZ SUAREZ	Nombre completo	VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ
Nombre	VIRIDIANA	Sexo	F
Fecha de expiración	31/12/2029	Número personal	SASV830609MDFNRR08
Fecha de nacimiento	09/06/1983	Identificación Oficial Capturada	SNSRVR83060909M700
Número de documento	194939291	Estado	DF
Dirección	C ORION 117 COL PRADO CHURUBUSCO 04230 003	Fecha de Registro	
Número de duplicados	02	Fecha de emisión	

### Tipo de Documento

Tipo	Vigencia	Resultado
MX_IDCard_2014	31/12/2029	OK

### Biometría Facial

Entrada	Nombre	Resultado
	Comprobación Facial	Ok ✓
	Prueba de Vida	Ok ✓

Ana Karen Ramírez Mendoza (aramirez@creze.com) creó el documento - con dirección IP 189.203.101.178 Jul 11, 2025, 13:33:09 CST

Solicitud de firma enviada a FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) Jul 11, 2025, 13:39:07 CST

Solicitud de firma enviada a VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) Jul 11, 2025, 13:39:07 CST

FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) firmó el documento con geolocalización en 19.3751786, -99.1227624 Jul 11, 2025, 13:55:04 CST

FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) firmó el documento - con dirección IP 187.190.193.128 Jul 11, 2025, 13:55:04 CST

FRANCISCO JAVIER AEDO SANTOS (aedo0770@yahoo.com.mx) capturó foto(s) de identificación oficial con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 13:55:19 CST

**Identificación valida**



El proceso de biometría facial fue realizado con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 13:55:19 CST

**Biometría valida**



VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) firmó el documento con geolocalización en 19.3751786, -99.1227624 Jul 11, 2025, 14:04:58 CST

VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) firmó el documento - con dirección IP 187.190.193.128 Jul 11, 2025, 14:04:58 CST

VIRIDIANA SANCHEZ SUAREZ (viri.310811@gmail.com) capturó foto(s) de identificación oficial con el siguiente resultado: Jul 11, 2025, 14:05:12 CST

**Identificación valida**



El proceso de biometría facial fue realizado con el siguiente resultado:

Jul 11, 2025, 14:05:12 CST

**Biometría valida**



Documento certificado por Advantage Security, S de RL de CV como **Prestador de Servicios de Certificación** autorizado por la **Secretaría de Economía** en cumplimiento a la **NOM 151**

Jul 11, 2025, 14:05:13 CST

Documento encriptado e integrado a Blockchain privada para integridad de documento garantizada en: <https://app.weetrust.mx/validation>

Jul 11, 2025, 14:05:13 CST