|  |
| --- |
| **TIPO DE MOVIMIENTO** [ ]  Alta [ ]  Modificación  |
| **INFORMACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA** |
| Giro |  | Años de operación |  |
| Nombre fiscal |  |
| R.F.C. |  | C.U.R.P. |  |
| Domicilio fiscal |  | C.P. |  |
| Colonia |  |
| Ciudad |  | Estado |  |
| Teléfono  |  | Fax | ( ) |
| Nombre contacto |  | Email  |
| Nombre encargado de cobranza |  | Email  |
| Tiene alguna certificación o distintivo  | ( ) No ( ) Si Cuál?  |
|  |
| **INFORMACIÓN BANCARIA** (Llene sólo campos aplicables) |
| Nombre del banco |  |
| Número de cuenta (pesos) |   | CLABE (cuenta pesos) 18 dígitos  |  |
| Número de cuenta (dólares) |  | CLABE (cuenta dólares) 18 dígitos  |  |
|  |   | CLABE Swift (cuenta dólares) |  |
| Número de cuenta (dólares) Banco extranjero |  | Número de cuenta |  |
|  |
| **REFERENCIAS DE CLIENTES** |
| Nombre Fiscal | Contacto | Teléfono |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| **RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LA EMPRESA** |
| Prohíbe el trabajo infantil(menor a16 años) dentro y fuera de sus instalaciones | Si ( ) No( ) |
| Sus empleados cuentan con Seguridad Social | Si ( ) No( ) |
|  |
| **DATOS DE LA PERSONA QUE PROPORCIONO LA INFORMACION** |
| Nombre Completo |  |
| Puesto  |  | Fecha |  |

Notas

* Todos los campos de esta solicitud son obligatorios.
* Nuestros términos de pago son de **21** omás días.
* En caso de proveedores que prestarán servicios dentro de nuestras instalaciones por un periodo **menor a una semana** deberán presentar copia del alta del empleado ante el IMSS antes de entrar a las instalaciones.