|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.