

**Ccp.-Titular de División de Tiendas**

**Ficha de Proveedor**



**Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales  
Coordinación de Centros Vacacionales, Velatorios,  
Unidad de Congresos y Tiendas  
División de Tiendas**

**Datos Generales**

Fecha de Elaboración: \_\_\_\_\_

Nombre o razón social: \_\_\_\_\_

Domicilio fiscal de acuerdo con el alta ante S.H.C.P. \_\_\_\_\_

Colonia / población / entidad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Pág. Web: \_\_\_\_\_

Otros domicilios: \_\_\_\_\_

**Información del proveedor: (marcar con una x)**

Fabricante ( )

Distribuidor ( )

**Especifique en cual supuesto del artículo 2o de la Ley del impuesto al valor agregado se encuentra: (marcar con una x)**

16% ( )

**Documentación Legal:**

Acta constitutiva: \_\_\_\_\_

R.F.C. Homoclave: \_\_\_\_\_

Representante legal: \_\_\_\_\_

Datos del Poder Notarial del Representante Legal \_\_\_\_\_

Aviso de inscripción patronal (IMSS) núm. \_\_\_\_\_

Licencia Sanitaria ante Secretaria de Salud núm. \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
(en su caso)

Me obligo a informar de inmediato al Instituto Mexicano del Seguro Social de cualquier modificación a los datos presentados.

\_\_\_\_\_