



**Autorización para solicitar Reportes de Crédito  
Personas Físicas / Personas Morales**

Por este conducto autorizo expresamente a **ECODELI COMERCIAL, S.A. DE C.V.**, para que por conducto de sus funcionarios facultados lleve a cabo Investigaciones, sobre mi comportamiento crediticio o el de la Empresa que represento en Trans Union de México, S. A. SIC y/o Dun & Bradstreet, S.A. SIC

Así mismo, declaro que conozco la naturaleza y alcance de la información que se solicitará, del uso que **ECODELI COMERCIAL, S.A. DE C.V.**, hará de tal información y de que ésta podrá realizar consultas periódicas sobre mi historial o el de la empresa que represento, consintiendo que esta autorización se encuentre vigente por un período de 3 años contados a partir de su expedición y en todo caso durante el tiempo que se mantenga la relación jurídica.

En caso de que la solicitante sea una Persona Moral, declaro bajo protesta de decir verdad Ser Representante Legal de la empresa mencionada en esta autorización; manifestando que a la fecha de firma de la presente autorización los poderes no me han sido revocados, limitados, ni modificados en forma alguna.

Autorización para:

Persona Física (PF)  Persona Física con Actividad Empresarial (PFAE)  Persona Moral (PM)

Nombre del solicitante (Persona Física o Razón Social de la Persona Moral):

Hospital Santa Margarita S.A. de C.V.

Para el caso de Persona Moral, nombre del Representante Legal:

Lic. Rosa Isela Lopez Astorga

RFC: HSM 780407 HSA

Domicilio: Caribaldi # 880

Colonia: Capilla de Jesús

Municipio: Guadalajara Estado: Jalisco Código postal: 44200

Teléfono(s): 33 3825 3305

Fecha en que se firma la autorización: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo y acepto que este documento quede bajo propiedad de (Razón Social del Usuario) y/o Sociedad de Información Crediticia consultada para efectos de control y cumplimiento del artículo 28 de la Ley para Regular a Las Sociedades de Información Crediticia; mismo que señala que las Sociedades sólo podrán proporcionar información a un Usuario, cuando éste cuente con la autorización expresa del Cliente mediante su firma autógrafa.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de PF, PFAE, Representante Legal de la empresa

**Para uso exclusivo de la Empresa que efectúa la consulta (Razón Social del Usuario)**

Fecha de Consulta BC : \_\_\_\_\_

Folio de Consulta BC : \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Este formato debe ser llenado individualmente, para una sola persona física o para una sola empresa. En caso de requerir el Historial crediticio del representante legal, favor de llenar un formato adicional.

**FORMATO DE DATOS CLIENTES PROSPECTOS**

CLIENTE: Hospital Santa Margarita S.A de CV.

**NEGOCIACION CON CLIENTE**

DIAS DE CREDITO CLIENTE: 30 dias  
LIMITE DE CRÉDITO:

**INFORMACIÓN GENERAL**

LOCALIZACIÓN DE DOMICILIO:  
DIAS DE REVISIÓN: Miércoles de 11 a 1  
HORARIO: 11 a 1  
CONTACTO: Ismael Omar Rodriguez Vazquez  
CORREO ELECTRÓNICO: jetoalmacen@hsmgdl.com  
TELEFONO: 3334963858  
EVIDENCIAS (solicitar ejemplos):  
DIAS DE PAGO: Viernes  
CONTACTO: Norma De la Cruz  
CORREO ELECTRÓNICO: contabilidad3@hsmgdl.com  
TELEFONO: 3316056580

**PROCESO PARA COBRO**

Entregar la mercancía en almacén, ahí les facturaran y sellaran la factura. los miércoles hay que traer esta factura a contrarecibo en un horario de 11 am a 1 pm

**REQUISITOS DE FACTURACIÓN**

FORMA DE PAGO: Transferencia Electronica  
CORREO ELECTRONICOS O PORTAL:

**COMENTARIOS EXTRAS**