

F y J 1132

[Signature]

[Signature]

[Signature]

19.12.17

14/06/17

2502

[Signature]

INFORMACION PERSONAL DEL SOLICITANTE
(Persona Moral)



e-mail para recepción de facturas digitales

1. ramaalmo@hotmail.com

2.

3.

Nombre o Razón Social Centro Oftalmologico de Microcirugia Ocular y Laser de Occidente SC
R.F.C. COM0710293V7 Giro de la Empresa Cirugia y Consulta Oftalmologica

Lugar de establecimiento: Propio ☒ Renta* Antigüedad en el establecimiento 2 años

Domicilio (Calle y Número) Boulevard Puerta de Hierro 5150 - 301A

Entre las calles Patria y Empresarios

Colonia Puerta de Hierro

Ciudad Zapopan

Estado Jalisco

Antigüedad en la vivienda 2 años

C.P. 45116

Teléfonos 3611169

36428848

Horario 10:00 - 2:00 y 4:00 - 8:00

*Nombre y teléfono del arrendador (en su caso)

REFERENCIAS COMERCIALES

Nombre Dr. Bernardo Gonzalez M.

Teléfono 36310456

Contacto

Proveedor ☒

Nombre Lentilon

Teléfono 36145580

Contacto

Proveedor

¿Tiene problemas en Buró? Si

No ☒

INFORMACION PERSONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo Roquel Esparza Hernández

Fecha de nacimiento 19 02 1958 Edad 57

e-mail ramaalmo@hotmail.com

R.F.C. EAH25802190P3 Estado Civil Casada

Dependientes Económicamente -

Nombre Completo del Conyugue Miguel Angel Ibañez Hernández

Escolaridad: Primaria

Secundaria

Preparatoria

Licenciatura ☒

Sin estudios

Tipo de Vivienda: Propia

☒ Familiar

Rentada*

Pagándola

Otra

Domicilio (Calle y Número) Remanso de las Violetas 2151

Entre las calles Arzobispos y Circuito de las Flores Poniente

Colonia Bugambilias

Antigüedad en la vivienda

Ciudad Zapopan

Estado Jalisco

C.P. 45238

Teléfono Casa

36123998

Celular 3339529381

*Nombre y teléfono del arrendador (en su caso)

¿Tiene problemas en Buró? Si

No ☒

INFORMACION PERSONAL DEL OBLIGADO SOLIDARIO

Parentesco **SOCIO- ESPOSO**
Nombre Completo **Miguel Angel Ibanez Hernandez**
Fecha de nacimiento **25 02 1959** Edad **56** e-mail
R.F.C. **IAHMS9022SK69** Estado Civil **Casado** Dependientes Económicamente **2**
Nombre Completo del Cónyuge **Raquel Esparza Hernandez**
Escolaridad: Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura ☒ Sin estudios
Tipo de Vivienda: Propia ☒ Familiar Rentada* Pagándola Otra
Domicilio (Calle y Número) **Remanso de las Violetas 2131**
Entre las calles **Azules y Circuito de las Flores Poniente**
Colonia **Bugambillas** Antigüedad en la vivienda **15**
Ciudad **Zapopan** Estado **Jalisco** C.P. **45238**
Teléfono Casa **3612 3998** Celular **333 809 3829**

*Nombre y teléfono del arrendador (en su caso)

INFORMACION LABORAL

Especificar puesto **Medico Cirujano Oftalmologo ISOCIO** Horario
Nombre de la empresa **Centro Oftalmologico de Microcirugia Ocular y Laser de Occidente**
Domicilio Laboral (Calle y Número) **Boulevard Puerta de Hierro SISO-3014**
Entre las calles **Patria y Empresarios**
Colonia **Puerta de Hierro**
Ciudad **Zapopan** Estado **Jalisco** C.P. **45116**
Tel. Oficina **3611 1169** Antigüedad laboral **25 AÑOS** Jefe directo **-**
¿Tiene problemas en Buró? Si No ☒

REFERENCIAS FAMILIARES

Nombre	Teléfono
Nombre	Teléfono

Nombre y Firma del Solicitante

Observaciones

GDL PLAZA EXHIMODA
Tel. (33) 3647 2081/82

ZAPOCAN TORRE CUBE 2
Tel. (33) 3640 3506

MORELIA
Tel. (443) 314 5811

AGUASCALIENTES
Tel. (449) 251 5191

LEÓN
Tel. (477) 717 9727 / 391 0817