



REGISTRO DE PARTICIPANTES
Programa Especial de Certificación (PEC)

Examen a aplicar: Primaria Secundaria

Aliado: SEGOB STPS PROSPERA INEA
 SE-ESTATAL SEGURO POPULAR SAGARPA
 DICONSA LICONSA 65 Y MÁS
 OTRO Cuál: _____

Datos personales

Apellidos: _____
Primer apellido Segundo apellido

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: _____
Día Mes Año

Entidad federativa de nacimiento: _____

Ocupación: Empleado Autoempleado Desempleado Hogar

Sexo: Masculino Femenino

Domicilio:

Entidad federativa: _____ Municipalidad: _____

Localidad: _____

Calle y número: _____

Colonia: _____ C.P.: _____

Datos de localización

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Unidad operativa: _____
Clave Número

¿Habla alguna lengua indígena? No Sí ¿Cuál? _____

¿Se identifica con alguna etnia? No Sí ¿Cuál? _____

Si requiere atención especial marque con una X la limitación física que la origina:

Caminar o moverse Escuchar Atender su cuidado personal Mental

Ver Hablar o comunicarse Poner atención o aprender Otro Especifique: _____

Figura que incorporó:

RFC: _____ Nombre completo: _____ Rol: _____

El presente documento se elabora el día _____ del mes de _____ del año _____

ATENTAMENTE

Firma del participante

Aviso de privacidad: los datos personales recabados serán protegidos y serán incorporados y tratados, según corresponda, en los sistemas institucionales del INEA que han sido debidamente inscritos en el listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI). Los datos recabados en este registro consideran los establecido en el Artículo 15 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la información, los datos y la documentación aquí asentados son verdaderos, y reconozco que en caso de faltar a la verdad, estaré incurriendo en el delito de falsedad de declaración ante una autoridad distinta de la judicial, y podría ser acreedor(a) a una pena de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días de multa (art. 247, fracción I del Código Penal Federal), y demás sanciones aplicables.



DIRECCIÓN GENERAL DE INGRESOS

DIRECCIÓN DE RECAUDACIÓN Y POLÍTICA FISCAL

FOLIO A 0626828

SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO

SUBSECRETARÍA DE INGRESOS

SECRETARÍA DE REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

GES-850101-L4A

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

1990

GOBIERNO DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

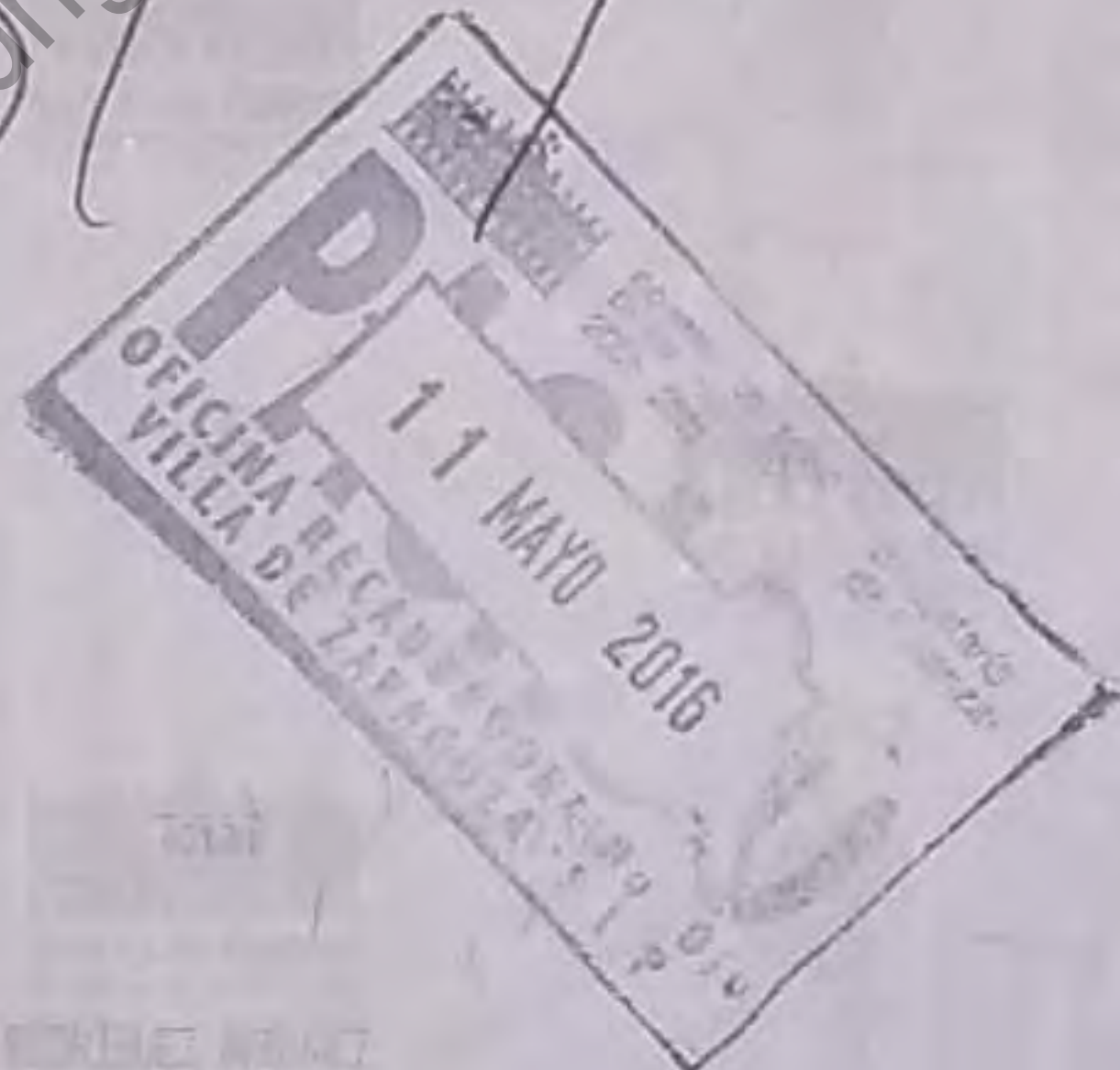
SECRETARÍA DE FINANZAS
MADERO No. 100, COL. CENTRO
SAN LUIS POTOSÍ, SLP. C.P. 78000

RECIBO DE PAGO

FOLIO: B 9823086

OFICINA:

Moises Isaias Rodriguez Vazquez



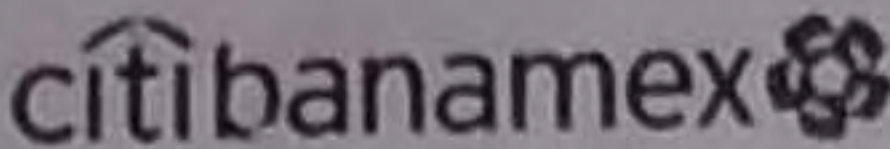
ESTE RECIBO ES VÁLIDO SOLO CON EL SELLO DIGITAL, FIRMA DEL CAJERO Y/O IMPRESIÓN DE NUESTRA MÁQUINA REGISTRADORA.

LA REPRODUCCIÓN NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TÉRMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES.

PARA CUALQUIER QUEJA, CONSULTA, SUGERENCIA O RECONOCIMIENTO SOBRE LA ACTUALIZACIÓN DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS O LA APLICACIÓN INDEBIDA DE RECURSOS, COMUNÍQUESE A LOS TELÉFONOS 8-12-20-20, EN LA CAPITAL Y EL INTERIOR AL 01-800-480-5200 DE SISACTEL.

CAJERO
NOMBRE Y FIRMA

GES-850101-L4A



SOLICITUD UNICA BANAMEX



VENTA REALIZADA POR:

HOJA 1 DE 3

NOMINA 5260256	APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S) OROZCO/VILLEGAS, MARIA GUADALUPE	TELÉFONO RED	FECHA DE APERTURA (AÑO MES DÍA) 2019 / 10 / 15
PLAZA	SU CURSAL 127 SAN LUIS POTOSÍ SLP		

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO O DENOMINACIÓN/RAZÓN SOCIAL JUAN DANIEL RODRIGUEZ VAZQUEZ			NO DE CUENTA 142622136
DOMICILIO PRINCIPAL (CALLE Y NÚMERO) C JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ 324 A		TIPO DE PERSONA FISICA NACIONAL EN EL PAIS	
COLONIA COL PEDROZA	DELEGACIÓN / MUNICIPIO / POBLACION SAN LUIS POTOSI	ESTADO SAN LUIS POTOSI	CODIGO POSTAL 78143
NACIONALIDAD MEXICANA	SEXO (F o M) MASCULINO	REC ROVJ960516P7	F. NAC. / CONSTITUCION 1996/05/16
CORREO ELECTRONICO NO TIENE	¿ES FIGURA PÚBLICA (PEP)? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO		
¿ESTA RELACIONADO(A) A UNA FIGURA PÚBLICA (PR)? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			
AUTORIZO EL ENVÍO DE MI ESTADO DE CUENTA DE FORMA ELECTRÓNICA A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ACEPTO <input type="checkbox"/> NO ACEPTO <input type="checkbox"/>			
NÚMERO DE CELULAR	COMPANÍA	CORREO ELECTRÓNICO NO TIENE	

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO

PRODUCTO/SERVICIO PERFIL EJECUTIVO	CONTRATO / CUENTA CONCENTRADORA 81772399196	TIPO DE MANEJO INDIVIDUAL	CUENTA/FI CUENTA/FI
CHEQUERA 9043 000001130598	TARJETA DÉBITO (TITULAR) 5256783159328195	PRODUCTO/SERVICIO	CONTRATO
PRODUCTO/SERVICIO	CONTRATO	PRODUCTO/SERVICIO	CONTRATO
MEDIO DE ACCESO DEL TITULAR TARJETA	TIPO DE MANEJO DE CHEQUERA INDIVIDUAL	TIPO DE ENTREGA	
FORMA DE PAGO (ESQUEMA TARIFARIO) RENTA	USO DE LA CHEQUERA USO PERSONAL (PERSONAS FÍSICAS)	FECHA DE CURRUPENDADO DE CUENTA 23	
CLABE 002700904311305982	AUTORIZO LA ENTREGA DE MI ESTADO DE CUENTA POR EL SIGUIENTE MEDIO: <input type="checkbox"/> BANCANET <input checked="" type="checkbox"/> PAPEL <input type="checkbox"/> EMAIL (NO TIENE)		

DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

DOMICILIO PRINCIPAL (CALLE Y NÚMERO) C JOSEFA ORTIZ DE DOMINGUEZ 324 A	COLONIA COL PEDROZA
DELEGACIÓN / MUNICIPIO / POBLACION SAN LUIS POTOSI	ESTADO SAN LUIS POTOSI
	CODIGO POSTAL 78143

BANCA ELECTRONICA

<input checked="" type="checkbox"/> AUDIOMÁTICO	<input checked="" type="checkbox"/> CITIBANAMEX MOVIL / BANCANET	<input type="checkbox"/> NETKEY MOVIL	<input type="checkbox"/> NETKEY CITIBANAMEX NUM DE SERIE
---	--	---------------------------------------	---

NOTIFICACIONES CITIBANAMEX

<input type="checkbox"/> CELULAR	<input type="checkbox"/> EMAIL
----------------------------------	--------------------------------

INSTRUYO EN ESTE ACTO QUE SE INSCRIBAN/ACTUALICEN LOS DATOS ARRIBA DESCRITOS PARA EL SERVICIO DE NOTIFICACIONES CITIBANAMEX DE LOS PRODUCTOS DE DÉBITO Y CRÉDITO QUE TENGA CONTRATADO CON LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FINANCIERO BANAMEX

BENEFICIARIOS

¿EL CLIENTE DESIGNA BENEFICIARIOS? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
--

DECLARACIONES

EL CLIENTE DECLARA QUE (I) LOS DATOS Y DOCUMENTOS PROPORCIONADOS EN LA ENTREVISTA QUE SE LE REALIZO SON VERIDICOS, AUTORIZANDO A CITIBANAMEX A QUE CORROBORE LOS MISMOS MEDIANTE LA INVESTIGACION QUE CONSIDERE CONVENIENTE, INCLUYENDO DE SER EL CASO LA INFORMACION BIOMÉTRICA DE MI PERSONA, (II) LOS RECURSOS UTILIZADOS EN LA APERTURA DE LA CUENTA TIENEN UNA PROCEDENCIA LEGITIMA Y (III) AUTORIZA A CITIBANAMEX A UTILIZAR Y/O PROPORCIONAR LOS DATOS Y/O DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION CONTENIDOS EN ESTA SOLICITUD A LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FINANCIERO BANAMEX A SUS FILIALES O SUBSIDIARIAS O A CUALQUIER EMPRESA CONTROLADA POR CITIGROUP A EFECTOS DE DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN LAS DISPOSICIONES DE CARACTER GENERAL A QUE SE REFIERE EL ARTICULO 15 DE LA LEY DE INSTITUCIONES DE CRÉDITO Y CON QUE TO DO PROPORCIONARE NUEVOS PRODUCTOS Y/O SERVICIOS

Consentimiento Seguro de Vida Grupo

SURA MÉXICO, S.A. DE C.V.



Seguro de Vida Sura México, S.A de C.V.
 Con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 222, piso 45
 Col. Juárez Del Cuauhtémoc C.P. 06600 CDMX
 Teléfono: 01 44 33 10 81 92

1. Datos del contratante

PRODUCTOS RIGOLINO SAPI DE CV VE000040 2019-05-01 a 2020-05-01
 Nombre del contratante Póliza Vigencia

2. Datos del Asegurado

RODRIGUEZ VAZQUEZ JUAN DANIEL 9480486
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s) No. de Empleado

Día Mes Año ROVJ960516PE7 OPERARIO SUPLENTE
 16 5 1996 R.F.C. Puesto u ocupación

Fecha de Nacimiento R.F.C. Puesto u ocupación

Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre Sexo Masculino Femenino

Regla de suma asegurada, De acuerdo con el contrato colectivo de trabajo vigente a la fecha del siniestro.

3. Designación de Beneficiarios

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje
1 MARIA DE LA LUZ	VAZQUEZ	RAMIREZ	MADRE	100%
2				%
3				%
4				%
5				%

En ausencia de: Suma Porcentajes: 100%

4. Designación de Beneficiarios

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	Porcentaje
1 0	0	0	0	100%
2				%
3				%
4				%
5				%

Suma Porcentajes: 100%

ESPECIFICACIONES ESPECIALES
 Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efectos de que, en su representación, cobre la indemnización, lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato del seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación de que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Seguro de Vida Sura México, S.A. de C.V., con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 222, piso 4, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600 CDMX, informa que es responsable del uso que se les dé a sus datos personales, sensibles y financieros que usted proporcione, así como la protección de los mismos, y que cuenta con las medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, para evitar el daño, pérdida, alteraciones, destrucción, uso, acceso o divulgación indebida de sus datos, mismos que serán utilizados para proveer los servicios y productos que ha solicitado a la compañía de conformidad con la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Nuestros Avisos de Privacidad Integral está a su disposición en la página de internet <https://www.suramexico.com/seguros>.

Seguro de Vida Sura México, S.A. de C.V. pagará la suma asegurada que corresponda de acuerdo con los términos respectivos del contrato, a los beneficiarios que consten en la última designación de beneficiarios registrados, de acuerdo al esquema de administración de la póliza de seguro, quedando liberada de toda responsabilidad si, posteriormente a dicho pago recibe una nueva designación de beneficiarios.

Expresamente otorgó a Seguro de Vida Sura México, S.A. de C.V., mi consentimiento para hacer asegurado en la póliza de seguro, expedida por dicha Compañía de por el contratante especificado en este consentimiento. Para todos los efectos que pueda tener este consentimiento hago constar que las declaraciones contenidas en el mismo, las he hecho personalmente y con verídicas y están completas.

Nota: El asegurado se entrará amparado por la póliza de seguro referida, a partir de su ingreso a formar parte del grupo asegurado y se mantendrá amparado por la póliza siempre que está se encuentre vigente y el asegurado forma parte del grupo asegurado. El presente documento es de carácter informativo y no tiene validez oficial.

5. Firma o Huella del Asegurado

SAN LUIS POTOSÍ a 19 de Marzo de 2020 9480486152619032020
 Lugar y Fecha en que se firmó este consentimiento Firma del Asegurado



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
LABORATORIO CLÍNICO

COMPROBANTE DE CITA



FOLIO DE CITA: 202008290025

FECHA Y HORA DE LA CITA: **Sábado, 29 de Agosto a las 06:30 a.m.**

SERVICIO SOLICITANTE: **MEDICINA FAMILIAR**
MÉDICO SOLICITANTE: **CORRESPONDA A QUIEN**

TIPO DE SOLICITUD: **Ordinaria**

PACIENTE: **JUAN DANIEL RODRIGUEZ VAZQUEZ**

DIAGNÓSTICO : -
PRESUNTIVO:

NSS: **2616964859**

AGREGADO MÉDICO: **1M1996OR**

COMPLEMENTO DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

EDAD: **24 años**

SEXO: **Masculino**

CEFALEA

Estudios solicitados:

Estudio: **Biometria Hematica**
BIOMETRIA HEMATICA

Estudio: **Quimica Clinica**
ACIDO URICO EN SUERO
COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA
TRIGLICERIDOS

Indicaciones para el paciente:

Indicaciones:

INDICACIONES

PRESENTARSE AL LABORATORIO CON AYUNO DE 8 HRS.
NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, AYUNO DE 4 HRS.

Observaciones:

Si su paciente tiene capacidades diferentes, usa silla de ruedas, bastón, muletas, andadera u otra situación dentro de este grupo debera formarse en la Fila A, para ser atendido con Prioridad.

Capturó cita: **AUO MARCO TULIO HERRERA MORENO**

Fecha y hora de captura: **21/Ago/2020** a las: **15:28**

Fecha de Impresión: **21/Ago/2020**

Página 1 de 1



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
LABORATORIO CLÍNICO

COMPROBANTE DE CITA



FOLIO DE CITA: 202008290025

FECHA Y HORA DE LA CITA: **Sábado, 29 de Agosto a las 06:30 a.m.**

TIPO DE SOLICITUD: Ordinaria

PACIENTE: **JUAN DANIEL RODRIGUEZ VAZQUEZ**

SERVICIO SOLICITANTE: MEDICINA FAMILIAR
MÉDICO SOLICITANTE: CORRESPONDA A QUIEN

DIAGNÓSTICO : -
PRESUNTIVO

NSS: 2616964859

AGREGADO MÉDICO: 1M1996OR

COMPLEMENTO DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

EDAD: 24 años

SEXO: Masculino

CEFALEA

Estudios solicitados:

Estudio: Biometria Hematica
BIOMETRIA HEMATICA

Estudio: Quimica Clinica
ACIDO URICO EN SUERO
COLESTEROL TOTAL
GLUCOSA
TRIGLICERIDOS

Indicaciones para el paciente:

Indicaciones:

INDICACIONES

PRESENTARSE AL LABORATORIO CON AYUNO DE 8 HRS.
NIÑOS MENORES DE 1 AÑO, AYUNO DE 4 HRS.

Observaciones:

Si su paciente tiene capacidades diferentes, usa silla de ruedas, bastón, muletas, andadera u otra situación dentro de este grupo debera formarse en la Fila A, para ser atendido con Prioridad.

Capturó cita: AUO MARCO TULIO HERRERA MORENO

Fecha y hora de captura: 21/Ago/2020 a las: 15:28

Fecha de Impresión: 21/Ago/2020

PR1190815500

PRODUCTOS RICO LINDO, SAPI de C.V.

COCINA NOGUL I SLP III

9

CURP	ROVJ960516HSP02M08	RODRIGUEZ VAZQUEZ JUAN DANIEL			FECHA DE PAGO
-------------	--------------------	-------------------------------	--	--	----------------------

No. EMP.	9400406	R.F.C.	ROVJ960516PE7	I.M.S.S.	26160648594	17/09/2020
-----------------	---------	---------------	---------------	-----------------	-------------	------------

DEPTO.	SUELDO DIARIO	No. PAGO	PERIODO DE PAGO	DÍAS DE VACACIONES	DÍAS DE AUSENCIA	DÍAS TRABAJADOS	VTAS. PERIODO	No. HORAS EXT. LABORALES
RET137	252.00	38	08/09/2020-14/09/2020	0	3	3	0.00	0

CONCEPTO				CONCEPTO			
----------	--	--	--	----------	--	--	--

PERCEPCIONES	
SUELDO/SALARIO	882.00
DEDUCCIONES	
ISR	49.97
FONDO DE AHORRO A LARGO PLAZO	35.28
FONDO DE AHORRO	39.60
INSS	35.68
ASISTENCIA FUNERARIA SINDICAL	11.00
SINDICATO	17.64

Productos Ricolino Sapi, de C.V.
Planta San Luis Potosí

P 29 SEP. 2020
PAGADO O

Moises Isaias Rodriguez Vazquez

Daniel R.Dz.L

Con este pago, otorgo a La Empresa el más amplio finiquito liberatorio de obligaciones por los conceptos desglosados en este recibo, incluyéndose mi salario ordinario, séptimo día, tiempo extraordinario y todas las prestaciones legales a las que tuve derecho por el periodo arriba indicado, no adeudándoseme cantidad alguna a la fecha

RECIBI DE CONFORMIDAD

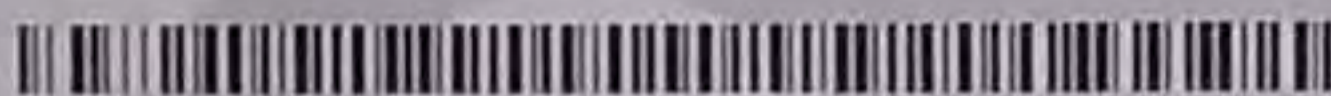
PERCEPCIÓN GRAVABLE	PERCEPCIÓN EXENTA	TOTAL DE PERCEPCIONES	TOTAL DE DEDUCCIONES
882.00	0.00	882.00	181.76
OTROS PAGOS	OTROS DESCUENTOS	TOTAL A PAGAR	DEPÓSITO EN CUENTA
0.00	0.00	700.24	EFECC

0370



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
 TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

NSS : 2616-96-4859 AGREGADO MÉDICO: 1M1996OR
NOMBRE DEL ASEGURADO:
JUAN DANIEL RODRIGUEZ VAZQUEZ
CURP: ROVJ960516HSPDZN08
SEXO: MASCULINO
DELEGACIÓN: SAN LUIS POTOSÍ
UNIDAD:HGZ CON M.F. NO. 1 CVE PTAL. 250110022151
CONSULTORIO: 7 TURNO: VESPERTINO
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO:CARTILLA DE SALUD Y CITAS MÉDICAS
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 4129702353-



Serie y Folio YC390270

Unidad Médica Expedidora HGZ con M.F. No. 1	Nivel Atención 1	Delegación Expedidora San Luis Potosí	Certificado de Incapacidad Serie YC390270
UMF Adscripción HGZ con M.F. No. 1	Delegación Adscripción San Luis Potosí	Patrón(es) PRODUCTOS RICOLINO SAPI DE CV	Puesto de trabajo AYUDANTE GENERAL
Tipo Incapacidad INICIAL	Días Autorizados(Letra) tres	Número 3	A partir del 20/08/2020
Ramo de Seguro Enfermedad general	Probable Riesgo Trabajo NO	Control Maternidad NO	Expedido el 21/08/2020
		Días Acumulados	

El incapacitado tiene derecho a subsidio
 a) Si se trata de un riesgo de trabajo, desde el primer día de incapacidad.
 b) Si la incapacidad es causada por una enfermedad no profesional a partir del 4º día de estar incapacitado, si tiene cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad. Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.
 c) En caso de maternidad, durante 42 días anteriores al parto y 42 días posteriores al mismo, si ha cubierto al menos 30 cotizaciones semanales en los 12 meses anteriores al periodo prenatal.
 d) Para el cobro de la prestación económica deberá presentar una identificación oficial con fotografía.

Nombre y firma del médico
 IRACEMA LOPEZ HERNANDEZ

Matrícula
 99258183

Nombre y firma del médico que autoriza
 JESUS ABRAHAM CAPETILLO ELIAS

Matrícula
 99258145

COPIA ASEGURADO

Dr. Jesús Abraham Capetillo Elias
 MAT. 99258145
 REG. S.S.A. SLP-5997/2010 MC
 CED. PROF. 6256282



Fecha de Impresión: 21/08/2020 15:20:22



WIRELESS
TECHCOMM
MEXICO

Techcomm Wireless

RFC: TWM150407D33

Carratera Barranca Honda, Nava 05 colonia San Martin Obispo

(55) / 367616441

Ingreso : 30/09/2020 13:00:37

Diagnostico

Impresión : 30/09/2020

Venta : 04/08/2020 0:00:00

Ticket de Reparación

Datos del cliente

Número de Línea:

Cliente: sin cliente

RFC:

Dirección:

Datos del Teléfono

Dealer

Sucursal : TDA ARMAS

Orden de Servicio : 958740

IMEI : 853140041952495

IMEI Nuevo : N/A

Marca : HUAWEI

Modelo : MARJE-L03BX

Falla Reportada por el Usuario

PROBLEMA DE SIM

Ob. Cosméticas

PANTALLA RAYADA

TAPA RAYADA

BORD SUP RAYADA

BORD INFER RAYADA

Diagnóstico Técnico Emitido

TOUCH PANEL NO FUNCIONA

Reparaciones

Reparacion

CAMBIO DE TOUCH PANEL CON DISPLAY

CAMBIO DE ADHESIVOS

Código	Fabricante	Descripcion Tecnica	Monto
--------	------------	---------------------	-------

Garantía : S

Observaciones de Garantía

Tipo de Garantía : FABRICANTE

La garantía por los servicios de reparación es de 90 días, contados a partir de que el consumidor final recibe el equipo.

La vigencia y condiciones de la garantía del producto se determinan con base en el ticket o comprobante de compra y de acuerdo a los parámetros del fabricante establecidos en la PÓLIZA DE GARANTÍA de cada producto, por lo que es total responsabilidad del consumidor estar informado sobre la misma.

Datos del conduce

Conduce No : 896208
 Origen : OPERADOR
 Operador : ATT
 Guia DHL : 6207516173
 Precinto :

Estado Conduce : Equipos Enviados
 Fecha : 30/09/2020 19:09:14
 Usuario Nombre : Alma Rosa

Procedencia

Desde

Sucursal : CASA MATRIZ MASTER

Hasta

Sucursal : TDA ARMAS

Marca	Modelo	Imei	Imei Nuevo	EstadoEquipo
HUAWEI <input type="checkbox"/> Caja Maltratada	MARIE-L03BX	865149041962498		Reparado

DESINFECTADO



Esta unidad ha sido desinfectada
 Para disminuir el contagio del Covid-19
 TechcommMX

Total de equipos 1

Total de Accesorios 1

Entregado Por _____

Recibido Por _____

Fecha de Entrega _____

Tiene 48 horas para reclamos y/o aclaracion de las unidades y accesorios recibidos