



Informe de Comisión Oficial

Para la justificación de viáticos y pasajes.

Dirección Estatal o de
Plaza: SALINA CRUZ

Fecha Informe: 25-03-2019

Nombre: MIRIAN MADAI Gafete:7080
MARTINEZ HERNANDEZ

No. De Viaje:2060

Periodo del viaje: 12-03-2019 al Destino: SANTA CRUZ HUATULCO, OAXACA
14-03-2019

Acciones realizadas:

Se viajó a la ciudad de Santa Cruz Huatulco para visitar a Centros de Trabajo para brindarles información completa sobre los créditos con los que cuenta el Instituto FONACOT para los trabajadores, asimismo proporcionarles la dirección de las oficinas y los días y horarios en los que podrán acudir a efectuar los trámites de solicitudes de crédito.

Resultados:

Se visitaron 8 Centros de Trabajos y se dejó trípticos e información respecto a los créditos a algunos Centros de Trabajo que no pudieron atender la visita completa.

Contribuciones al INFONACOT:

Se visitaron 8 Centros de Trabajos con la finalidad de darles información a sus trabajadores sobre los créditos FONACOT, asimismo brindarle información de los requisitos, y domicilio de la sucursal más cercana, y se visitaron a 4 Centros de Trabajo de forma informal en las que no encontré a alguien que me pudiera atender la visita, asimismo solamente dejé los trípticos e información respecto a los créditos.

Conclusiones:

Sin estas acciones no se contribuiría para la meta de la sucursal y a su vez no se les brindaría el apoyo y la información a los trabajadores sobre los productos FONACOT, sus características y las sucursales más cercanas para efectuar el trámite.

Atentamente,

MIRIAN MADAI MARTINEZ HERNANDEZ

Nombre y firma

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo: **OPERADORA HOTELERA LAS BRISAS HUATULCO**

Domicilio: **Boulevard Benito Juárez lote 1 Zona Hotelera**
Calle Número Colonia

Santa Monica Huatulco Oaxaca 70989
Municipio Estado Código Postal

Teléfono: **958-5830240**

Fax: _____

Nombre y puesto de la persona que le atendió: **Moises Sanchez**

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial Periférica Campo

¿De difícil localización? **No** ¿Por qué? **Se encuentra en la Zona Hotelera**

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: **Si, las calles y avenidas son de facil acceso**

¿Por qué la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? **para beneficiar a sus trabajadores con el credito fonacot.**

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. _____ Comentarios de otros C.T. _____ recomendación de algún Establecimiento Comercial: _____

Indique cuál: _____

A petición del sindicato: Si No Indique cuál: _____

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

- Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No
- Manejo adecuado del sistema de pagos Si No
- De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No
- Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No
- En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado:

Moises Sanchez
Nombre y firma del Representante del C.T.

OPERADORA HOTELERA LAS BRISAS HUATULCO, S.A. DE C.V.
Sello del Centro de Trabajo
OHB 020313 NG2

Fecha en que se realizó la visita: **12/03/2019**

Oficina del Instituto FONACOT: **Representación Salina Cruz.**

Realizó la Visita **MIRIAN MADAI MARTINEZ HERNANDEZ**
Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT

Vo. Bo. _____
Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo: **SERVICIOS HOTELEROS DE HUATULCO S. DE R. L. DE C.V.**

Domicilio: **Paseo Benito Juárez S/N Bahía de Tangolunda**
Calle Número Colonia

SANTA CRUZ HUATULCO OAXACA 70988
Municipio Estado Código Postal

Teléfono: **9585831440**

Fax: _____

Nombre y puesto de la persona que le atendió: **Nancy Pinacho Hernandez**

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial Periurbana Campo

¿De difícil localización? **SI** ¿Por qué? **Se encuentra en la zona hotelera.**

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: **Si transporte publico**

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? **Si se le hora llegar la informacion para la afiliacion**

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. _____ Comentarios de otros C.T. _____ recomendación de algún Establecimiento Comercial: _____

Indique cuál: _____

A petición del sindicato: Si No Indique cuál: _____

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

- Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No
- Manejo adecuado del sistema de pagos Si No
- De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No
- Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No
- En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado: _____

Nancy Pinacho Hernandez
Nombre y firma del Representante del C. T.

SERVICIOS HOTELEROS HUATULCO, S. DE R. L. DE C.V.
PASEO BENITO JUAREZ S/N BAHIA DE TANGOLUNDA, BAHIAS DE HUATULCO, OAX. C.P. 70988
Sello del Centro de Trabajo

Fecha en que se realizó la visita: **12/03/2019**

Oficina del Instituto FONACOT: **Represent. SALINA CRUZ.**

Realizó la visita **MIRIAN MADAI MARTINEZ HERNANDEZ**
Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT

Vo. Bo. _____
Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo: SECRETARIA DE SALUD

Domicilio: Blvd Chahue 7 Sector H2
Calle Número Colonia

Santa María Huatulco Oaxaca 70989
Municipio Estado Código Postal

Teléfono: 9585870383

Fax: _____

Nombre y puesto de la persona que le atendió: Manolo Vicente

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial Periférica Campo

¿De difícil localización? No ¿Por qué? Se encuentra en una avenida Central

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: Si, transporte publico

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? Para beneficiar a sus trabajadores.

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. _____ Comentarios de otros C.T. _____ Recreación de algún Establecimiento Comercial: _____

Indique cuál: _____

A petición del sindicato: Si No Indique cuál: _____

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

- Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No
- Manejo adecuado del sistema de pagos Si No
- De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No
- Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No
- En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado: _____



C.P. Manolo Vicente Cortez
Nombre y firma del Representante del C. T.

Gobierno del Estado
Sello del Centro de Trabajo
SALUD
Secretaría de Salud
Servicios de Salud de Oaxaca

Fecha en que se realizó la visita: 12/03/2019

Oficina del Instituto FONACOT: Representación Salina Cruz

JURISDICCIÓN SANITARIA DE COSTA RICA (CESSA)
SANTA CRUZ HUATULCO

Realizó la Visita Si

Minan Maddy Martínez Hernández
Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT

Vo. Bo. _____
Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza



VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo: COMPARTAMOS BANCO S.A. de C.V.

Domicilio: Boulevard Benito Juárez Lte P Sector P
Calle Número Colonia

Santa María Huatulco Oaxaca 70989
Municipio Estado Código Postal

Teléfono: 9585834007

Fax: _____

Nombre y puesto de la persona que le atendió: Laura del Carmen Castaño López

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial Periférica Campo

¿De difícil localización? No ¿Por qué? Se encuentra cerca de la periferia

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: Transporte público y calles señalizadas

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? Para beneficiar a sus trabajadores con el crédito fonacot.

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. _____ Comentarios de otros C.T. _____ recomendación de algún Establecimiento Comercial: _____

Indique cuál: _____

A petición del sindicato: Si No Indique cuál: _____

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

1. Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No

2. Manejo adecuado del sistema de pagos Si No

3. De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No

4. Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No

5. En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado:

Laura del Carmen Castaño López

 Nombre y firma del Representante del C. T.	 Sello del Centro de Trabajo
--	---------------------------------

Fecha en que se realizó la visita: 13/03/2019

Oficina del Instituto FONACOT: Representación Salina Cruz

Realizó la Visita MIRIAM MEDA MARTÍNEZ HERNÁNDEZ Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT	Vo. Bo. _____ Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza
---	---

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo: **SERVICIOS DE ALTA ESPECIALIDAD GEPP**

Domicilio: **MZA 16** Calle **LT 412** Número **26** Colonia **SECTOR 7**
SANTA MARIA HUATULCO Municipio **OAXACA** Estado **70989** Código Postal

Teléfono: _____
 Fax: _____

Nombre y puesto de la persona que le atendió: **Saúl Méndez García**

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:
 Habitacional Comercial Industrial Periférica Campo

¿De difícil localización? **No** ¿Por qué? **Se encuentra en una Colonia Centrica**

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: **Las calles se encuentran señalizadas y centricas**

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT?
Para proporcionar a sus trabajadores el beneficio al credito fonacot.

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. _____ Comentarios de otros C.T. _____ Recomendación de algún Establecimiento Comercial: _____

Indique cuál: _____

A petición del sindicato: Si No Indique cuál: _____

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

1. Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No

2. Manejo adecuado del sistema de pagos Si No

3. De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No

4. Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No

5. En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado:

Saúl Méndez García
Nombre y firma del Representante del C. T.

Sello del Centro de Trabajo

Fecha en que se realizó la visita: **13/03/2014**

Oficina del Instituto FONACOT: **Representación Salina Cruz.**

Realizó la Visita

MICHAEL MADAI MARTINEZ HERNANDEZ
Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT

Vo. Bo.

Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo:
MATERIALES Y CONSTRUCCIONES MONTICEL SA DE CV.

Domicilio: **AV Riscailillo** **L 5/N** **70988**
Calle Número Colonia

SANTA CRUZ HUATULCO OAXACA **70988**
Municipio Estado Código Postal

Teléfono: **9585872571**

Fax: _____

Nombre y puesto de la persona que le atendió: **Lucía Cruz Lopez**

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio ~~Pequeña Empresa~~ Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial ~~Periférica~~ Campo

¿De difícil localización? **NO** ¿Por qué? **Se encuentra en parte del Centro**

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: **Si, transporte publico y taxi**

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? **Para proporcionarles a sus trabajadores el beneficio del credito.**

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. _____ Comentarios de otros C.T. _____ recomendación de algún Establecimiento Comercial: _____

Indique cuál: _____

A petición del sindicato: Si No Indique cuál: _____

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

- Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No
- Manejo adecuado del sistema de pagos Si No
- De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No
- Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No
- En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado: _____

Lucía Cruz Lopez Nombre y firma del Representante del C. T.	Mora Castillejos Construcciones Sello del Centro de Trabajo SA de CV
Fecha en que se realizó la visita: 13/03/2011	Av Riscailito s/n Col Sector T
Oficina del Instituto FONACOT: Representación Salina	Bahías de Huatulco, Oax.
	R.F.C MCC-080714-BN7
	TEL (958)587-25-71/91/73
Realizó la Visita	Vo. Bo.
MIRIAN MADAL MARTINEZ HERNANDEZ Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT	Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo: **CAJA POPULAS MEXICANA SC DE AP DE PL DE CV**

Domicilio: **MZA 10 C1 Sector M**
Calle Número Colonia

SANTA MARIA HUATULCO OAXACA 70989
Municipio Estado Código Postal

Teléfono: **95858 70696**

Fax: **95858 34910**

Nombre y puesto de la persona que le atendió: **Emma Salinas Martínez**

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial Periférica Campo

¿De difícil localización? **NO** ¿Por qué? **Se encuentra en unas calles Centricas**

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: **Las avenidas son de facil acceso por el transporte**

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? **Para beneficiar a sus trabajadores con el credito fonacot.**

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. Comentarios de otros C.T. recomendación de algún Establecimiento Comercial:

Indique cuál:

A petición del sindicato: Si No Indique cuál:

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

1. Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No

2. Manejo adecuado del sistema de pagos Si No

3. De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No

4. Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No

5. En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado.

Nombre y firma del Representante del C. T. **Emma Salinas Martínez**

Sello del Centro de Trabajo: **CAJA POPULAR MEXICANA**
10 Lote 1 Sector M.
Bahías de Santa Cruz
Tel. (958) 58 34 910
R.F.C. CPM-960127 OAXA

Fecha en que se realizó la visita: **13/03/2019**

Oficina del Instituto FONACOT: **Representación Salina Cruz**

Realizó la Visita **MIRIAN MADRI MARTINEZ HERNANDEZ**
Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT

Vo. Bo. **Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza**

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo: **VOLARIS, Comisionaria Vuela Compañía de Aviación**

Domicilio: **Carretera Costera Salina Cruz Km 237 El Zapate**
Santa María Huatulco Oaxaca 70980
Calle Municipio Estado Código Postal

Teléfono: **5511678000**

Fax: _____

Nombre y puesto de la persona que le atendió: **Yarmin Ortiz**

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial Periferia Campo

¿De difícil localización? **NO** ¿Por qué? **Se encuentra en la carretera que sale al aeropuerto de Huatulco**

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: **los avenidas tienen direcciones precisas y existe transporte público.**

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? **Para brindarles a sus trabajadores el beneficio del crédito fonacot.**

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. _____ Comentarios de otros C.T. _____ recomendación de algún Establecimiento Comercial: _____

Indique cuál: _____

A petición del sindicato: Si No Indique cuál: _____

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

- Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No
- Manejo adecuado del sistema de pagos Si No
- De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No
- Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No
- En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado: _____

Juanita Ortiz Rosales
Nombre y firma del Representante del C. T.

Sello del Centro de Trabajo

Fecha en que se realizó la visita: **14/03/2019**

Oficina del Instituto FONACOT: **Representación Salina Cruz**

Realizó la visita **SI**

MIRIAM NADAI MARTINEZ HERNANDEZ
Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT

Vo. Bo. _____
Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza

VISITA OCULAR AL CENTRO DE TRABAJO

Nombre, Denominación o Razón Social del Centro de Trabajo:
UNIVERSIDAD DEL MAR

Domicilio: **KM 250** Calle Número Colonia **Ciudad Universitaria**
SANTA MARIA HUATULCO Municipio **OAXACA** Estado **70989** Código Postal
Teléfono: **958 58 7 2560**
Fax:

Nombre y puesto de la persona que le atendió: **Nancy Ortiz Vasquez**

¿Esta persona está registrada en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

¿Verificó la autenticidad de las personas y firmas registradas en la "Tarjeta de Solicitud de Registro del Centro de Trabajo"? Si No

De acuerdo a los siguientes conceptos, marque con una "X" el tipo de empresa:

Taller Comercio Pequeña Empresa Industrial Negocio Familiar

Tipo de zona de ubicación:

Habitacional Comercial Industrial Periurbana Campo

¿De difícil localización? **NO** ¿Por qué? **Se encuentra en una colonia Central.**

¿Existen medios de comunicación? Describa cuales: **Si, transporte publico y taxi**

¿Por qué a la empresa le interesó afiliarse al Sistema de Crédito FONACOT? **Para proporcionar a sus trabajadores el beneficio del crédito fonac.**

¿Recibió la sugerencia de afiliarse a solicitud de empleados? Si No

Publicidad de T.V. Comentarios de otros C.T. recomendación de algún Establecimiento Comercial:

Indique cuál:

A petición del sindicato: Si No Indique cuál:

Se orientó al representante del Centro de Trabajo en cuanto:

- Certificación de solicitudes de crédito a sus empleados Si No
- Manejo adecuado del sistema de pagos Si No
- De los trámites necesarios para cambios de datos en su registro Si No
- Información que deben dar a sus empleados al perder su relación laboral, para que se presenten a establecer un convenio de pago Si No
- En términos generales emita su opinión objetiva sobre el Centro de Trabajo visitado:

Nombre y firma del Representante del C. T. **Nancy Ortiz Vasquez**

Sello del Centro de Trabajo
UNIVERSIDAD DEL MAR
16 MAR 2019
Departamento de Recursos Humanos

Fecha en que se realizó la visita: **11/03/2019**

Oficina del Instituto FONACOT: **Representación Salina Cruz**

Realizó la Visita **MIRIAN MADAL MARTINEZ HERVANDER**
Nombre y firma del Representante del Instituto FONACOT

Vo. Bo. **Director Comercial Regional, Estatal o de Plaza**