



FORMATO 23

DIRECCIÓN GENERAL DE SEGURIDAD PRIVADA

**SOLICITUD DE EXTINCIÓN DE LA AUTORIZACIÓN O DE LA REVALIDACIÓN
PARA PRESTAR SERVICIOS DE SEGURIDAD PRIVADA EN DOS O MÁS ENTIDADES
FEDERATIVAS.**

Lugar de la solicitud (1)	Fecha de la solicitud (2)

C. DIRECTOR GENERAL DE SEGURIDAD PRIVADA.

Por medio del presente escrito, me permito SOLICITAR la EXTINCIÓN de la autorización / revalidación DGSP/ (3).

DATOS GENERALES	
Persona moral / Persona física (4)	Domicilio de la oficina matriz (11)
	Calle:
	Número Exterior Número interior:
	Colonia:
Autorización para prestar servicios de Seguridad Privada en dos o más Estados (5) DGSP/	Delegación o Municipio: Estado o Ciudad de México:
Fecha de la vigencia de la autorización (6)	Código Postal:
Inicio: Vencimiento:	Domicilio para oír y recibir notificaciones (llenar sólo si es distinto al domicilio de la matriz) (12)
Representante legal/ Apoderado (7)	
Nombre(s):	Calle:
Apellido Paterno:	Número Exterior Número interior:
Apellido Materno:	Colonia:
Documento con el que acredita su personalidad. (8)	Delegación o Municipio: Estado o Ciudad de México:
Instrumento número:	Código Postal:
Fecha:	Correo(s) electrónico(s) (13)
Notario/Corredor Público:	Los cuales autorizo para los efectos del artículo 73, fracción II del Reglamento de la Ley Federal de Seguridad Privada, en relación al artículo 35 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
Persona(s) autorizada(s) para oír o recibir notificaciones y documentos (9)	
	Teléfono(s) (14)
	Teléfono Extensión
	() ()
Cuenta con Licencia Particular Colectiva (10)	() ()
Si No	
LPC No.	
Modalidad Vigencia inicio: / / Vencimiento: / /	





**'Kphqto celop'fetc'grVt' o kg
'O qf cñf cf *gu'etwqt k cf e'u+**

"	"	"	K0 Ugi wt kf cf 'Rt kcf c't'Rgt upeul'
"	"	"	K0 Ugi wt kf cf 'Rt kcf c'gp'hu'Dlqpgu'
"	"	"	K0 Ugi wt kf cf 'Rt kcf c'gp'grVt cñf q'f g'Dlqpgu'q'Xcñt gu'gp'ic'u'lwdo qf cñf cf *gu:<'
"	"	"	c+'Gurgekn'Vt cñf q+'
"	"	"	d+'Xli ke pelc 'E wuqf ke+'
"	"	"	KX0 Ugt xlekquf g'te to cu'f 'b' qplsqt gq'grgevt»pleq0'
"	"	"	X0 Ugi wt kf cf 'f'g'ic'phqto celop0'
"	"	"	X10 Uxgo cñf g't t gxpelap'f' t'gur qpucdlkf cf gu0'
"	"	"	XK0 Cevskf cf 'xlpewrf c'eqp'tgt xlekquf g'ugi wt kf cf 'rt kcf c.'gp'ic'u'lwdo qf cñf cf *gu:<'

Gur gelllect 'ic'evskf cf 'f'k'gevc'q'lpf k'gevc'eqp't'gur'gevc'ñidñpf'clg'q'gs'wlr'quf'g'lpucñelap'38-0'	Kpucñelap''	Ego gtelcñk celop''
a) La actividad relacionada, directa o indirectamente, con sistemas de blindaje en todo tipo de vehículos automotores.		
b) La actividad relacionada directa o indirectamente, con:		
• Equipos.		
• Dispositivos.		
• Aparatos.		
• Sistemas.		
• Procedimientos técnicos especializados.		
• Chalecos blindados.		
• Prendas de vestir con protección balística.		
• Circuitos cerrados de televisión (C.C.T.V.).		
• Sistemas de posicionamiento global (G.P.S.).		
• Controles de acceso.		
• Cercas electrificadas.		

(17).		
CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES (3)		
SI		NO ¿Cuenta con obligaciones pendientes por cumplir ante la DGSP?
SI		NO ¿Solicitó la expedición de Cédulas de Identificación Personal (CIP's) al personal operativo de su representada?
SI		NO ¿Devolvió o justificó a la DGSP la totalidad de las CIP's que, en su momento le fueron otorgadas?
		La información anterior se emite en términos de lo dispuesto por el artículo 247 del Código Penal federal.

Nombre y firma (18).

" " "





Instructivo de Llenado

Nombre del Formato: Solicitud de MODIFICACIÓN de la Autorización o Revalidación para prestar servicios de Seguridad Privada en dos o más entidades federativas.

FORMATO 23

EN EL CONCEPTO:	SE DEBERÁ ANOTAR:
1	Municipio y Entidad Federativa donde se suscribe el documento.
2	Día, mes y año de la suscripción.
3	Número de registro vigente: DGSP/ - / .
4	Denominación o razón social sin abreviaturas de la PS.
5	Número de registro vigente: DGSP/ - / .
6	Fecha de la autorización, cuando inicio y el vencimiento de la misma, especificar día, mes y año en ambos casos.
7	Nombre completo del representante o apoderado legal de la PS.
8	Número de Instrumento Notarial, la fecha del documento y el número de la Notaria o Correduría que certifique el mismo.
9	Nombre de las personas que autoriza para oír y/o recibir notificaciones.
	<i>En caso de contar con L.P.C., marcar con una X : Si No</i>
10	Número de Licencia Particular Colectiva, mencionar las fechas de cuando inicio y el vencimiento de la misma, especificar día, mes y año en ambos casos.
11	Domicilio matriz (desglosado en calle, número exterior, número interior, colonia, municipio o alcaldía, estado y código postal).
12	Domicilio para oír y recibir notificaciones (desglosado en calle, número exterior, número interior, colonia, municipio o alcaldía, estado y código postal).
13	Correo electrónico de la PS.
14	Número telefónico diferente al de los datos generales, mencionando clave lada.
15	Señalar las modalidades
16	Especificar la actividad directa o indirecta con respecto al blindaje o equipos de instalación.
17	Anotar si cuenta con las obligaciones, si cuenta con cédulas expedidas y si cumplió con la devolución de CIP'S
18	Nombre completo y firma del Representante o Apoderado legal.

