**VERIFICACIÓN DOCUMENTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE O DENOMINACIÓN SOCIAL** |  |
| **No.** | **REQUISITOS** | **ACREDITA** | **DESCRIPCIÓN DOCUMENTAL** |
| SI | NO | N/A |
| 1 | Solicitud.  |  |  |  |  |
| 2 | Comprobante de domicilio. |  |  |  |  |
| 3 | Contrato de arrendamiento. |  |  |  |  |
| 4 | Fotografías a color del domicilio. |  |  |  |  |
| 5 | Exposición de los motivos. |  |  |  |  |
| 6 | Objeto social. |  |  |  |  |
| 7 | Acta constitutiva de la sociedad. |  |  |  |  |
| 8 | Inscripción ante el Registro Público de la Propiedad y el Comercio. |  |  |  |  |
| 9 | Tratándose de personas físicas, copia certificada de acta de nacimiento, identificación oficial y carta de no antecedentes penales. |  |  |  |  |
| 10 | Instrumento jurídico que acredite la personalidad. |  |  |  |  |
| 11 | Ámbito territorial de la prestación del servicio. |  |  |  |  |
| 12 | Datos generales del solicitante (currículo vitae). |  |  |  |  |
| 13 | Protesto general. |  |  |  |  |
| 14 | Manual aplicable a cada una de las modalidades solicitadas. |  |  |  |  |
| 15 | Planes y programas permanentes de capacitación y adiestramiento. |  |  |  |  |
| 16 | Relación del personal directivo, administrativo y operativo. |  |  |  |  |
| 17 | Documentación del personal directivo, administrativo y operativo. |  |  |  |  |
| 18 | Cartas de no antecedentes penales. |  |  |  |  |
| 19 | Certificado de aprobación de los exámenes médicos. |  |  |  |  |
| 20 | Certificado de aprobación de los exámenes toxicológicos. |  |  |  |  |
| 21 | Certificado de aprobación de los exámenes psicológicos. |  |  |  |  |
| 22 | Relación de prestatarias  |  |  |  |  |
| 23 | Relación de equipos de seguridad. |  |  |  |  |
| 24 | Relación de armamento |  |  |  |  |
| 25 | Licencia vigente para portación de armas de fuego emitida por la Secretaría de la Defensa Nacional |  |  |  |  |
| 26 | Relación de vehículos.  |  |  |  |  |
| 27 | Equipo de radiocomunicación.  |  |  |  |  |
| 28 | Relación de canes.  |  |  |  |  |
| 29 | Formato de credencial o identificación que se expedirá al personal. |  |  |  |  |
| 30 | Fotografías del uniforme.  |  |  |  |  |
| 31 | Alta patronal IMSS o régimen de seguridad que corresponda. |  |  |  |  |
| 32 | Inscripción de sus trabajadores en materia de seguridad social. |  |  |  |  |
| 33 | Pagos a cuotas al IMSS o régimen de seguridad social que corresponda. |  |  |  |  |
| 34 | Opinión de cumplimiento de obligaciones en materia de seguridad social. |  |  |  |  |
| 35 | Cédula del Registro Federal de Contribuyentes. |  |  |  |  |
| 36 | Declaración anual correspondiente al año fiscal anterior. |  |  |  |  |
| 37 | Opinión de cumplimiento de obligaciones fiscales emitida por el SAT. |  |  |  |  |
| 38 | Póliza de fianza ante la Secretaría de Finanzas de Gobierno del Estado de San Luis Potosí. |  |  |  |  |
| 39 | Escrito donde se informa que la póliza fue depositada. |  |  |  |  |
| 40 | Reglamento interior de trabajo. |  |  |  |  |
| 41 | Informe mensual, altas y bajas de su personal de los últimos tres meses.  |  |  |  |  |
| 42 | Constancias de capacitación DC-3. |  |  |  |  |
| 43 | Constancia de capacitador DC-5. |  |  |  |  |
| 44 | Acreditar pago de derechos anterior. |  |  |  |  |
| 45 | Documentación en original y copia.  |  |  |  |  |
| 46 | Incluir toda la información en USB. |  |  |  |  |
| MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TODA LA INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN QUE SE EXHIBE ES AUTÉNTICA Y VERÍDICA, DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 284 DEL CÓDIGO PENAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ. |
| **FECHA** | **NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL** | **SELLO DE LA CORPORACIÓN** |
|  |  |  |
| **OBSERVACIONES** | Los requisitos enumerados en este formato corresponden a los diversos trámites relacionados con las autorizaciones para la prestación de servicios de seguridad privada, por tanto, solo deberá observar lo que corresponda según su trámite y conforme a los requisitos establecidos para el mismo. |