**REVALIDACIÓN DE LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO INICIAL**

**GRAL. DE DIV. D.E.M. RET. GUZMAR ÁNGEL GONZÁLEZ CASTILLO**

**SECRETARIO DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN CIUDADANA**

**LIC. JULIO CESAR HERNÁNDEZ PÉREZ**

**TITULAR DE LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SEGURIDAD PRIVADA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LUGAR DE EXPEDICIÓN** | | | | | | | **FECHA** | |
|  | | | | | | |  | |
| **TIPO DE TRÁMITE** | | | | | | | **R.F.C.** | |
| REVALIDACIÓN LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO INICIAL | | | | | | |  | |
| **NOMBRE O DENOMINACIÓN SOCIAL** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **DOMICILIO PARA OÍR Y RECIBIR NOTIFICACIONES EN EL ESTADO** | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  |
| CALLE | | | | | | | NO. EXTERIOR | NO. INTERIOR |
|  | | | | | | | |  |
| COLONIA | | | | | | | | CÓDIGO POSTAL |
|  | | | |  | | | | |
| MUNICIPIO / DELEGACIÓN | | | | ENTIDAD FEDERATIVA | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
| TELÉFONO | | TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | |
| NOMBRE |  | |  | | | |  | |
| PATERNO | | MATERNO | | | | NOMBRE (S) | |
| DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 17, 19 Y 20 DE LA LEY DE SERVICIOS DE SEGURIDAD PRIVADA PARA EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ, SOLICITO ME SEA OTORGADA LA AUTORIZACIÓN PARA PRESTAR SERVICIOS DE SEGURIDAD PRIVADA EN LA MODALIDAD(ES) QUE LA MISMA LEY ESTABLECE EN SU ARTÍCULO 9. | | | | | | | | |
| **MODALIDAD SOLICITADA** | | | | | | **LOGOTIPO O EMBLEMA** | | |
|  | | | | | | | | |
| PROTECCIÓN Y VIGILANCIA DE PERSONAS, O BIENES.  TRASLADO Y CUSTODIA DE FONDOS Y VALORES.  SEGURIDAD A SERVICIOS BANCARIOS, FINANCIEROS Y DE SEGUROS.  ELABORACIÓN DE ESTUDIOS Y PROYECTOS DE SEGURIDAD.  INSTALACIÓN Y OPERACIÓN DE SISTEMAS Y EQUIPOS DE SEGURIDAD.  INVESTIGACIÓN PRIVADA DE PERSONAS Y BIENES. | | | | |  |  |  | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 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. | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL**

**SELLO DE LA CORPORACIÓN**