

LLENADO CORRECTO DEL INFORME MENSUAL

Prestador de Servicios de Seguridad Privada, en el artículo 75 del Reglamento de Seguridad Privada para el Estado de Baja California, específicamente en las fracciones III y XIV, se indica la obligación de presentar su informe mensual, **mismo que debe ser presentado dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes.**

ARTICULO 75.- Los prestadores a quienes se haya otorgado la Autorización, deberán cumplir con los siguientes requisitos y obligaciones:

III.- Informar a la Dirección, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, las altas, bajas, suspensiones, remociones, destituciones o inhabilitaciones del Personal Operativo, señalando los motivos que ocasionaron éstas, debiendo incluir en dicha información, una copia de la última nómina del Personal Operativo que haya sido expedida en el mes que corresponda, así como una copia del recibo de pago de derechos por concepto de alta del Personal Operativo al padrón de registros de la Dirección;

XIV.- Remitir a la Dirección, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, el reporte detallado de las actividades a que se refiere la fracción **XI** de este Artículo; o en su caso, informar que no se llevaron a cabo durante el mes que corresponda;

XI.- Llevar un registro detallado de sus actividades mensuales, que contendrá:

- a)** El nombre y domicilio de los Prestatarios, especificando aquellos que hayan contratado o cancelado los servicios durante el mes de que se trate;
- b)** La modalidad y clasificación, en su caso, de los Servicios de Seguridad Privada que se prestan;
- c)** El lugar donde se prestan los Servicios de Seguridad Privada;
- d)** La fecha de firma y vigencia de los contratos de prestación de Servicios de Seguridad Privada;
- e)** El número y nombre del Personal Operativo adscrito;
- f)** La relación y descripción de las armas de fuego y aditamentos utilizados en la prestación de los Servicios de Seguridad Privada, en su caso; y
- g)** Las incidencias relacionadas con la prestación de los Servicios de Seguridad Privada.

INFORME MENSUAL: Concentrado de información detallada, que deben presentar las empresas de seguridad privada mediante formatos establecidos; de acuerdo a la actividad presentada en la empresa sobre su personal operativo, sus actividades e incidencias en los servicios.



¿QUE DEBE CONTENER EL INFORME MENSUAL?

1. REPORTE MENSUAL DE ALTAS.
2. CÉDULAS PERSONALES DE BAJA.
3. COPIA DE LA ÚLTIMA NÓMINA DEL PERSONAL OPERATIVO. (Mes que se informa)
4. CARDEX DEL PERSONAL OPERATIVO. (Formato Excel)
5. COPIA DEL PAGO DE DERECHOS POR ALTA EN EL PADRON (Recibo oficial de pago expedido por la Secretaría de Hacienda del Estado)
6. REPORTE DETALLADO DE ACTIVIDADES.
7. Cuando se utilicen Armas de Fuego REPORTE DEL CONCENTRADO DE ARMAS. (Formato Excel)
8. En caso de ser necesario, escrito aclaratorio sobre alguna situación especial sobre el personal. Debe ser archivo adjunto. (Jubilados, personal administrativo, pendiente de alta ante el SAT, personal incapacitado, etc.)



SE TENGA O NO SE TENGA MOVIMIENTO, DEBE PRESENTAR CADA REPORTE Y CADA FORMATO SOLICITADO.

¿CÓMO PRESENTO EL INFORME MENSUAL?

A través del correo oficial y con el nombre de la empresa en el campo “**ASUNTO**”, se envía al correo electrónico:
reportesdsp@seguridadbc.gob.mx

¿DONDE ENCUENTRO LOS FORMATOS?

EN EL PORTAL DE LA SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA

<https://www.seguridadbc.gob.mx/contenidos/DSP.php>

Inicio | Conoce al Titular | **Estructura Orgánica** | Videos Relevantes | Incidencia Delictiva | Boletines de Prensa

- » Dirección de Administración
 - Dirección de Asuntos Legales
 - Dirección de Planeación y Desarrollo
 - Dirección de Contraloría Interna
 - Unidad de Comunicación Social
 - Secretariado Ejecutivo
 - » Unidad de Inteligencia Preventiva
- Subsecretaría de Seguridad Ciudadana
 - Dirección de Participación Ciudadana
 - Dirección de Prevención del Delito
 - Dirección de Prevención Social de las Violencias
 - IEPFI - Instituto de Estudios de Prevención y Formación Interdisciplinaria
 - C4 - Centro de Control, Comando, Comunicación, Cómputo, Calidad y Contacto Ciudadano
 - Fuerza Estatal de Seguridad Ciudadana
 - Dirección de Registros de Seguridad Pública
 - Dirección de Servicios Especiales en Protección y Seguridad Privada

Dirección de Servicios Especiales en Protección y Seguridad Privada



Descarga:

- REGLAMENTO DE SEGURIDAD PRIVADA PARA EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
- REFORMA 12 JULIO 2018

Objetivo

Integrar el registro de prestadores de servicios de seguridad privada, así como regular, supervisar y sancionar la actividad de estos, en estricto apego a las disposiciones establecidas en la normatividad aplicable.

La Dirección de Seguridad Privada se encarga de regular a las personas físicas o morales que presten o pretendan prestar servicios de seguridad privada, dentro de la circunscripción territorial del Estado de Baja California, en cualquiera de las siguientes modalidades:

ATRIBUCIONES

- Corresponde A La Dirección De Seguridad Privada Las Atribuciones Siguietes:
- » Emitir lineamientos para la regulación, autorización, control y verificación de las personas físicas y morales que realizan servicios o actividades de seguridad privada, de conformidad con las atribuciones y competencia que se le otorgan a la Secretaría en la Ley del Sistema;
 - » Integrar y mantener permanentemente actualizado el registro de las personas físicas y morales que realizan servicios o actividades de seguridad privada e integrarlo al Sistema Estatal de Información para su consulta en los términos de la Ley del Sistema;
 - » Recibir y recabar la información que sea necesaria para el registro y regulación de las personas físicas y morales que realizan servicios o actividades de seguridad privada en los términos de la Ley del Sistema;
 - » Emitir las autorizaciones y referendos, así como las modificaciones para la prestación de los servicios de seguridad privada;
 - » Aprobar e implementar programas de vigilancia, supervisión y regularización de las personas físicas y morales que realizan servicios o actividades de seguridad privada;
 - » Realizar vistas de inspección y requerir la información que sea necesaria para constatar el funcionamiento y cumplimiento de los requisitos que deben observar las personas físicas y morales que realizan servicios o actividades de seguridad privada;
 - » Autorizar al personal de la Dirección que supervisará a las personas físicas o morales que presten los servicios o actividades de seguridad privada y emitir las órdenes de inspección que correspondan;
 - » Informar del resultado de las inspecciones a las personas físicas y morales que presten los servicios o actividades de seguridad privada en las que se detecten irregularidades para su corrección o, en su caso, sanción en los términos de la Ley del Sistema y el reglamento en la materia;
 - » Aplicar las medidas cautelares en los términos de la Ley del Sistema y el reglamento en la materia;
 - » Imponer y ejecutar las sanciones a las personas físicas y morales que realizan servicios o actividades de seguridad privada y de similar naturaleza en el Estado, en términos de la Ley del Sistema y el reglamento en la materia;
 - » Determinar la procedencia sobre la cancelación de las autorizaciones otorgadas a prestadores de servicios de seguridad privada, a petición de la persona facultada;
 - » Solicitar a las Instituciones de Seguridad e Instituciones Policiales el auxilio para la supervisión del funcionamiento

Formatos Descargables

- ▲ Gubeto Secretaría
- ▲ Solicitud Persona Física
- ▲ Solicitud Persona Moral
- ▲ Solicitud de revalidación Persona Moral
- ▲ Solicitud de revalidación Persona Física
- ▲ Consulta de Socios y Proprietarios
- ▲ Protestos Persona Física
- ▲ Protestos Persona Moral
- ▲ Reporte mensual de actividades y servicios
- ▲ Reporte mensual de atías
- ▲ Reporte mensual cédula personal de baja
- ▲ Reporte mensual carnet
- ▲ Reporte mensual concentrado de armamento




➤ Además del Representante Legal o Propietario, puede firmar el informe la persona que cuente con un poder simple o escrito por parte del Representante Legal.

***ALTAS**, se refiere al personal operativo de nuevo ingreso; se informa mediante un formato validado por la SSC llamado **REPORTE MENSUAL DE ALTAS**.

DIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES EN PROTECCIÓN Y SEGURIDAD PRIVADA									
REPORTE MENSUAL DE ALTAS									
ESTADO:			BAJA CALIFORNIA			MUNICIPIO:			(DONDE SE ENCUENTRE EL PERSONAL OPERATIVO)
EMPRESA:									NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA MORAL / FISICA
FECHA DE LLENADO:		FECHA EN QUE ELABORA EL FORMATO				NÚMERO DE RECIBO DE PAGO		LOCALIZADO A UN LADO DE LA FECHA DEL RECIBO OFICIAL	
FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO	DOMICILIO	NOMBRE DEL ELEMENTO			FECHA DE INGRESO		
DÍA	MES	AÑO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	DÍA	MES	AÑO	
09	11	85	MEXICALI, B.C.	AV. JUAN ESCUTIA #13 COLONIA PRO-HOGAR, MEXICALI, B.C.	ROMERO	CASTRO	SERGIO	05/06/23	
FECHA EN LA QUE INICIA LA RELACIÓN LABORAL CON LA EMPRESA									
Nombre del representante			Correo:			Número celular:			
* NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL			* CORREO OFICIAL DE LA EMPRESA			* PARA ACLARACIONES			
<small>* tener campos obligatorios</small>									
1. REPRESENTANTE LEGAL 2. PERSONA AUTORIZADA POR EL REPRESENTANTE LEGAL.									
Nombre y Firma autorizada: _____									
<small>Formato de reporte mensual de altas PSP@5-19 Rev-12 de junio de 2023</small>									



***BAJAS**, se refiere al personal operativo que causó baja de la empresa; se informa mediante el formato validado por la SSC llamado CEDULA PERSONAL DE BAJA, se llena de forma individual de acuerdo a cantidad de bajas generadas en el mes.

ESTADO		MUNICIPIO					
BAJA CALIFORNIA		DONDE SE ENCONTRABA EL PERSONAL OPERATIVO					
NOMBRE DE LA EMPRESA							
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA MORAL / FÍSICA							
NOMBRE COMPLETO		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
MARIO		CASTRO			MORENO		
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES		FECHA DE INGRESO			FECHA DE BAJA		
CAMM850721		DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO
		21	08	21	08	06	23
MOTIVO Y/O CAUSA DE LA BAJA							
DESCRIPCIÓN:				OPCIONES PARA LOS MOTIVOS:			
 PONERLO CORRECTAMENTE, ES ACEPTABLE SIN LA HOMOCLEAVE				*RENUNCIA VOLUNTARIA			
				*ABANDONO DE EMPLEO			
				*ABANDONO DE SERVICIO			
				*FALTAS INJUSTIFICADAS			
				*TERMINO DE CONTRATO			
				*CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN			
				*ROBO (ACOMPAÑADO DE LA DENUNCIA CORRESPONDIENTE)			
FECHA DE LLENADO			NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL			FIRMA AUTORIZADA	
DÍA	MES	AÑO	* NOMBRE COMPLETO			* 1. REPRESENTANTE LEGAL 2. PERSONA AUTORIZADA	
* llenado obligatorio			*Correo CORREO OFICIAL DE LA EMPRESA			*Número celular PARA ACLARACIONES DE QUIEN REALIZA LOS REPORTES O DEL REP. LEGAL	

ESP 8.5-14 Rev. 03 / 12 de Junio de 2023

COPIA DE ULTIMA NÓMINA DEL PERSONAL OPERATIVO QUE HAYA SIDO EXPEDIDA EN EL MES QUE CORRESPONDA, o en su defecto el pago de las cuotas Obrero Patronal con el soporte del SUA (Sistema Único de Autodeterminación).

NOMINA, se refiere al documento contable donde se registran las contribuciones y deducciones de los empleados, la nómina que lleva el timbrado tiene la validación por parte del SAT; la base legal se encuentra en:

- La Ley Federal del Trabajo.
- La Ley del Seguro Social.
- Código Fiscal de la Federación.

Aceptable el recibo timbrado:

Comprobante Fiscal Digital por Internet

RFC: [REDACTED] Fecha: 11/May/2023
 Reg Fiscal: 601 General de Ley Personas Morales Hora: 17:18:13
 Lugar de expedición: 22223 Tijuana

001 - [REDACTED] Ejercicio: 2023
 RFC: [REDACTED] Periodo: 18 02 Semanal 01/May/2023 -07/May/2023
 CURP: MERC670131HSRRDR00 Dias de Pago: 7.000
 Fecha Ini Relación Lab: 20/Ene/2014 Fecha Pago: 07/May/2023
 Jornada: 01 Diurna Puesto: COORDINADOR
 NSS: 24976725028 Depto: Operacion
 Tipo salario: Fijo SBC: \$ 528.08
 Domicilio Fiscal: 85400 Régimen fiscal: 605 Sueldos y Salarios e Ingresos Asimilados a Salarios

Percepciones					Deducciones			
Agrup SAT	No.	Concepto	Gravado	Exento	Total p SAT	No.	Concepto	Total
P	001	001	Sueldo		1	052		
P	001	003	Séptimo día		2	045		
P	029	032	Despensa		1	178		
OP	002	035	Subs al Empleo mes		0.00	009	016	

Total Percep. más Otros Pagos \$ [REDACTED]

Importe con letra
 dos mil cuatrocientos sesenta pesos 05/100 M.N.

Se puso a mi disposición el archivo XML correspondiente y recibí de la empresa arriba mencionada la cantidad neta a que este documento se refiere estando conforme con las percepciones y deducciones que en él aparecen especificados.

Forma de pago: Firma del empleado

Este documento es una representación impresa de un CFDI
 PUE - Pago en una sola exhibición
 Emitido desde: **CONTPAQI® Nóminas**

Serie del Certificado del emisor: 00001000000509989994
 Folio Fiscal UUID: 599F4F24-3F50-48FA-8991-5CEA27212158
 No. de serie del Certificado del SAT: 00001000000505142236
 Fecha y hora de certificación: 2023-05-11T18:18:23

Sello digital del CFDI

249767250280010000000509989994599F4F243F5048FA89915CEA272121580000100000050514223620230511T181823

Aceptable lista de raya del sistema de nómina:



CONTPAQ i
NÓMINAS

Reg. Pat: [REDACTED]
RFC: [REDACTED]

Lista de Raya del 19/May/2023 al 25/May/2023
Periodo Semanal No. 21

Hoja: 1
Fecha: 26/May/2023
Hora: 09:52:17:859

Reg. Pat. MSS: [REDACTED]

0017 GUARDIA DE SEGURIDAD RFC: [REDACTED] Afiliación MSS: [REDACTED]
 Fecha hgr: 30/05/2015 Sal diario: [REDACTED] B.C.: [REDACTED] Apto: [REDACTED]
 Dias pagados: 7.00 Tot Hrs trab: 48.00 Hrs día: 8.00 Hrs extras: 0.00 CURP: [REDACTED]

1 Sueldo	41 IS.R. antes de Subs al Empleo
3 Séptimo día	45 IS.R. (mcs)
14 Bono Asistencia	99 Ajustal neto
15 Bono puntualidad	
32 Despensa	
Total Percepciones	Total Deducciones
Neto a pagar	

Aceptable Sistema Único de Autodeterminación de cuotas:

IMSS

SISTEMA ÚNICO DE AUTODETERMINACIÓN
CÉDULA DE DETERMINACIÓN DE CUOTAS

Periodo de Proceso: Mayo-2023 Fecha de Proceso: 01/jun./2023

Registro Patronal: [REDACTED] RFC: [REDACTED] Area Geográfica: A (Homologada a partir del 01/10/2015)
 Nombre o Razón Social: [REDACTED] Delegación IMSS: BAJA CALIF. NORTE 02
 Actividad: PRESTACION DE SERVICIOS DE SEGURIDAD SubDelegación IMSS: TIJUANA 05
 Domicilio: [REDACTED] Pop., Mun. / Alcaldía: TIJUANA BC
 Código Postal: [REDACTED] Entidad: BAJA CALIFORNIA NORTE Prima de R.T. 0.59840% V 3.6.3

No. de Seguridad Social	NOMBRE	RFC/CURP	CLAVE DE UBICACIÓN	Enfermedades y Maternidad													S U M A S							
				Clave	Fecha	Dias	SDI	Lic.	Inc.	Aus.	C.F.	Exc.Pat.	Exc. Obr.	P.D. Pat.	P.D. Obr.	G.M.P. Pat.	G.M.P. Obr.	R.T.	I.V. Pat.	I.V. Obr.	G.P.S.	Patronal	Obrera	SubTotal
23-81-64-4024-4	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			31	330.01	0	0	0	856.05	6.41	2.33	71.61	25.58	107.42	38.36	61.22	179.03	63.94	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
24-12-95-3030-9	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			31	330.01	0	0	0	856.05	6.41	2.33	71.61	25.58	107.42	38.36	61.22	179.03	63.94	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
25-12-93-1650-8	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			31	401.01	0	0	0	856.05	30.62	11.13	87.02	31.08	130.53	46.62	74.39	217.55	77.70	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
27-17-97-4683-2	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			31	330.01	0	0	0	856.05	6.41	2.33	71.61	25.58	107.42	38.36	61.22	179.03	63.94	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
25-99-82-4692-7	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			31	330.01	0	0	0	856.05	6.41	2.33	71.61	25.58	107.42	38.36	61.22	179.03	63.94	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
21-91-70-4143-2	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]			31	330.01	0	0	0	856.05	6.41	2.33	71.61	25.58	107.42	38.36	61.22	179.03	63.94	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
186																								

Total de Dias cotizados para el calculo de trabajadores promedio expuestos al riesgo: 186 **Total de Cotizantes:** 6 **Total a pagar:** [REDACTED]

Art. 33 Trabajadores con Artículo 33	C. F. Cuota Fija	
PIIV Trabajadores Pensionados en I.V.	EXC. PAT. Excedente Patronal	S.M.G.D.F.: [REDACTED]
PICV Trabajadores Pensionados en C.V.	EXC. OBR. Excedente Obrera	
S/R Trabajadores con Semana Reducida	P.D. PAT Prestaciones en Dinero Patronal	
J/R Trabajadores con Jornada Reducida	P.D. OBR Prestaciones en Dinero Obrera	
E/C Trabajadores Eventuales del Campo	G.M.P. PAT. Gastos Médicos Pensionados Patronal	
SDI Salario Diario Integrado	G.M.P. OBR. Gastos Médicos Pensionados Obrera	
INC Incapacidades	R.T. Riesgos de Trabajo	U. M. A.: [REDACTED]
AUS Ausentismos	I.V. PAT Invalidez y Vida Patronal	
	I.V. OBR. Invalidez y Vida Obrera	
	G.P.S. Guarderías y Prestaciones Sociales	

Para el cálculo del seguro de I.V. se utilizará el tope salarial establecido en la Ley del Seguro Social.

COPIA DEL PAGO DE DERECHOS, se informa mediante recibo oficial expedido por la Secretaría de Hacienda del Estado.

BAJA CALIFORNIA
GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA
SECRETARÍA DE HACIENDA DEL ESTADO
GEB-460319-4H7

RBO: 15158-0 A: 31/05/2023
CASA: AD OFICINA: 10
IMPORTE: 401.00
RFC: [REDACTED]

Fecha: 31/05/2023 Recibo: 10AU15158-0 Caja: AU

Nombre: [REDACTED] R.F.C.: [REDACTED]
Domicilio: [REDACTED] Certificación: ***AU101515831/05/2023 11:03:21***

DESCRIPCIÓN	INCISOS	IMPORTE	DESCRIPCIÓN	INCISOS	IMPORTE
POR ALTA EN PADRON SEGURIDAD PRI	4312003	\$400.64			
REDONDEO EN PAGOS EFECTUADOS	T232001	\$0.36			

SECRETARÍA DE SEGURIDAD CIUDADANA, alta de 2 elementos ORIGINAL Total a Pagar: [REDACTED]

23015158-000*

Consulte el Aviso de Privacidad en la página www.bajacalifornia.gob.mx/avisodeprivacidad

REPORTE DETALLADO DE ACTIVIDADES, se informa mediante el formato expedido por la SSC, en el cual se establece por columna, cada fracción establecido en el Reglamento.



REPORTE MENSUAL ACTIVIDADES Y SERVICIOS



NOMBRE DE LA EMPRESA: ejemplos: **SEGUPROIN, S.A. DE C.V. (MORAL), FEDERICO LUNA GALVAN "SENCORP" (FÍSICA)**
ARTÍCULO 75. FRACCIÓN XI. LLEVAR UN REGISTRO DETALLADO DE SUS ACTIVIDADES MENSUALES QUE CONTENDRÁ:

A) NOMBRE Y DOMICILIO DEL PRESTATARIO	B) MODALIDAD Y CLASIFICACIÓN	C) LUGAR DONDE SE PRESTA EL SERVICIO	D) FECHA DE FIRMA Y VIGENCIA DEL CONTRATO	E) NÚMERO Y NOMBRE DEL PERSONAL ADSCRITO	F) RELACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS ARMAS DE FUEGO Y ADITAMENTOS	G) INCIDENCIAS
SERVICIOS NUEVOS						
1. ADMINISTRADORA DE CARRETERAS PASA BLVD CARRANZA 1810 COL SNA GABRIEL	PROTECCION Y VIGILANCIA DE BIENES	AVE. CALAFIA 1052 COL CENTRO CIVICO MEXICALI CALLE SIETE #408 COL SANTA CLARA TIJUANA	01 ABRIL DEL 23 AL 30 DE AGOSTO DEL 23	1.- LUIS QUEZADA MARTINEZ 2.- ALBERTO LEON GASTELUM SERGIO MANUEL LEYVA LOPEZ	NO APLICA	El de nombre Luis Quezada Martinez, se percató que un trabajador sustrajo sin autorización materiales de construcción de la empresa custodiada, reportándolo a su superior
SERVICIOS CANCELADOS						
1.- MEGA ANAHUAC BLVD ANAHUAC 8235 COL JARDINES DEL LAGO	PROTECCION Y VIGILANCIA DE BIENES	KM 10.5 CARRETERA A SAN LUIS S/N COL GONZALEZ ORTEGA MEXICALI				
SERVICIOS YA REPORTADOS						
1.- DE ACERO SAPI, SA DE CV AVE. SOR JUANA #6421 PARQUE INDUSTRIAL DEL COLORADO	PROTECCION Y VIGILANCIA DE BIENES	AVE. SOR JUANA #6421 PARQUE INDUSTRIAL DEL COLORADO MEXICALI	17 DE ENENRO DEL 2023 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023	1.- LUIS QUEZADA MARTINEZ 2.- ALBERTO LEON GASTELUM SERGIO MANUEL LEYVA LOPEZ	CALIBRE 12, REVOLVER SMITH&WESSON CAL. 38 SCOPETA MOSSBERG CALIBRE 12, REVOLVER SMITH&WESSON CAL. 38	Sin incidencias
FECHA DE LLENADO		NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL		FIRMA AUTORIZADA		
DÍA	MES	AÑO	ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL O DEL PROPIETARIO		OBLIGATORIO FIRMA	
NOTA: actualizar fecha (no dejar fecha anterior)					1.- REPRESENTANTE LEGAL 2.- PERSONA AUTORIZADA	
llenado obligatorio		*correo electrónico: escribir correo obligatorio oficial de la empresa		*número celular: Celular de quien realiza los reportes y representante legal o propietarios (para aclaraciones)		

FSP 8.5-07 Rev. 05/12 junio 2023



REPORTE DEL CONCENTRADO DE ARMAS, solamente se presenta cuando la empresa utiliza armas de fuego en la prestación del servicio.

DIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES EN PROTECCION Y SEGURIDAD PRIVADA CONTROL ESTATAL DE ARMAMENTO												
Elaborador nombre: NOMBRE COMPLETO DE QUIEN ELABORA												
Cargo/puesto: CARGO O PUESTO DE QUIEN ELABORA												
Nombre del representante: NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL O PROPIETARIO												
número celular: PARA ACLARACIONES, CELULAR DE QUIEN ELABORA O DEL REPRESENTANTE LEGAL												
correo electrónico: CORREO ELECTRÓNICO OFICIAL DE LA EMPRESA												
Fecha de llenado: FECHA DE LLENADO, SIEMPRE ACTUALIZARLA												
Número	Raza Social	Tipo de arma	Munición	Calibre	Marca	Elemento sigilado	PFC del Elemento Arma	Número Licencia de portación	Tipo de licencia	Vigencia de la licencia	Fecha de emisión de Portación	Municipio
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												

NO CONVERTIR A PDF