|  |
| --- |
| Consideraciones generales para el llenado del presente formato.   1. Completar la información requerida en cada uno de los rubros, conforme al tipo de solicitud que corresponda. 2. Los campos de información y documentos que contengan un asterisco (\*) como identificador son de carácter obligatorio. No obstante lo anterior, se recomienda el llenado de todos los campos contenidos en este formato para una mejor evaluación de su solicitud. 3. Podrá llenar el presente con letra molde legible, preferentemente en tinta azul, máquina de escribir o a computadora. Una vez completado el formato, y de ser el caso, deberá imprimirlo para su suscripción y posterior presentación ante la Oficialía de Partes Común del Instituto Federal de Telecomunicaciones. 4. Para cualquier duda respecto a la información que habrá que proporcionar en cada uno de los rubros, consultar el instructivo del presente formato. 5. El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en su información. |

ANEXO C.- Anteproyecto de Acuerdo mediante el cual se emiten los formatos que deberán utilizarse para realizar diversos trámites y servicios ante el Instituto Federal de Telecomunicaciones.

**INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES (IFT)**

**Unidad de Medios y Contenidos Audiovisuales**

Av. Insurgentes Sur No. 1143, Col. Nochebuena,

Demarcación Territorial Benito Juárez,

C.P. 03720, Ciudad de México, México.

Tel. (55) 5015-4000

[www.ift.org.mx](http://www.ift.org.mx)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lugar y Fecha:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECCIÓN 1. TIPO DE PROCEDIMIENTO** | | |
| **Procedimiento\*** *(Sólo debe seleccionar una opción)* | | |
| Inicio de trámite o servicio | Desahogo de prevención  Oficio IFT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha oficio IFT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *DD/MM/AAAA* | Alcance  Folio de Acuse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de Acuse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *DD/MM/AAAA* |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN 2. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos generales del Concesionario** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o razón social del Concesionario\*: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Canal virtual asignado\*: |  | | | | | | | | Distintivo de llamada\*: | | | | |  | | | | | | Población o localidad principal a servir\*: | | | | |  | | | | | | | | |
| **Representante legal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Representante Legal\*: | | | | |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | |
| Nombre (s) | | | | | | | | | | Primer apellido | | | | | | | Segundo apellido | | | | | | | |
| **Domicilio para oír y recibir notificaciones** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Calle y No. exterior e interior\*: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Colonia\*: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Municipio o Demarcación Territorial\*: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Entidad Federativa\*: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Código Postal\*: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Correo electrónico\*: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Teléfono fijo: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono móvil: | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |  |  | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **Autorizados *(Agregar tantos autorizados sean necesarios)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s)  autorizada(s) para oír y recibir notificaciones: | | | | | | | | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | Nombre (s) | Primer apellido | Segundo apellido | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | Nombre (s) | Primer apellido | Segundo apellido | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN 3. DATOS DEL TRÁMITE** | | | |
| Hechos o razones que dan motivo a la petición\*: |  | Número de canal virtual disponible que solicita le sea asignado\*: |  |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 4. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTARSE AL PRESENTE FORMATO**  *(Sólo los documentos que contengan un asterisco (\*), deberán presentar de manera obligatoria*  *para la resolución del presente trámite)* |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Tipo de documento | | Referencia | |  |  |  | |  | En su caso, copia certificada del instrumento público**[[1]](#footnote-1)** o documento con el que se acredite la identidad y alcances del representante legal del Concesionario\*. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | |

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el presente formato es correcta y concuerda con los documentos que se anexan al mismo, quedando apercibido de las penas en que incurren las personas que declaran con falsedad ante una autoridad distinta de la judicial, en los términos de lo dispuesto por el artículo 247, fracción I, del Código Penal Federal. Asimismo, quedo enterado de los términos, condiciones y plazos de este procedimiento por lo que no tengo duda alguna y estoy conforme con ello.

|  |
| --- |
| **AVISO DE PRIVACIDAD** |
| El Instituto Federal de Telecomunicaciones, con domicilio en Av. Insurgentes Sur No. 1143, Colonia Nochebuena, Demarcación Territorial Benito Juárez, C.P. 03720, Ciudad de México, México, utilizará sus datos personales recabados sólo para los fines establecidos en el trámite que se solicita conforme a la naturaleza del mismo. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de la página de Internet del Instituto Federal de Telecomunicaciones en la sección de avisos de privacidad.  **CONFIRMO QUE HE LEÍDO, Y QUE ENTIENDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD**. |

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre y firma del interesado o de su representante legal)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INSTRUCTIVO DE LLENADO** | | |
| **Nombre del campo** | **Descripción del campo** | **Unidad de medida** |
| **Sección 1. Tipo de procedimiento** | | |
| Lugar y Fecha | Deberá indicar el lugar y la fecha de presentación de la solicitud. | No aplica |
| Procedimiento | Seleccione una opción y marque con una “X” únicamente el tipo de procedimiento que iniciará:   1. Inicio de trámite. La primera vez que se realiza la entrega de información. 2. Desahogo de prevención. La atención que realiza el interesado ante la prevención efectuada por el Instituto por falta de información (datos o documentos) solitada en el presente formato. Deberá indicar el número y la fecha del oficio mediante el cual el Instituto emitió la prevención de información.   En este caso, deberá señalar exclusivamente los campos solicitados en el oficio de prevención que le notificó el Instituto.   1. Alcance. Entrega de información (datos o documentos) adicional a la entregada previamente. Deberá indicar el folio y la fecha señalados por la Oficialía de Partes Común del Instituto, en su Acuse de recibido del documento mediante el cual inicio el trámite. | No aplica |
| **Sección 2. Datos generales del solicitante** | | |
| **Datos Generales del Concesionario** | | |
| Nombre o razón social del Concesionario | Indique el nombre completo de la persona física o moral a quien se otorgó el título de concesión de bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico. | No aplica |
| Canal virtual asignado | Indique el canal virtual que la estación de televisión utiliza conforme a la asignación realizada por la Unidad de Medios y Contenidos Audiovisuales del IFT. | No aplica |
| Distintivo de llamada | Indique el distintivo de llamada de la estación de televisión, señalado en el título de concesión de bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico | No aplica |
| Población o localidad principal a servir | Indique la población o localidad principal a servir de la estación de televisión señalada en el título de concesión de bandas de frecuencias del espectro radioeléctrico. | No aplica |
| **Representante legal** | | |
| Nombre del Representante Legal | Los interesados podrán actuar por sí o por medio de representante legal. La representación permite formular solicitudes, participar en el procedimiento administrativo, desistirse y renunciar a derechos, para lo cual deberá acreditarse mediante instrumento público, y en el caso de personas físicas, también mediante carta poder firmada ante dos testigos y ratificadas las firmas del otorgante y testigos ante las propias autoridades o fedatario público, o declaración en comparecencia personal del interesado.  Comprende los siguientes campos:   1. Nombre(s). Nombre completo, sin abreviaturas, del representante legal o apoderado. 2. Primer apellido. Primer apellido, sin abreviaturas, del representante legal o apoderado. 3. Segundo apellido. En caso de tenerlo, señalar el segundo apellido, sin abreviaturas, del representante legal o apoderado. | No aplica |
| **Domicilio para oír y recibir notificaciones** | | |
| Calle y No. exterior e interior | Denominación o nombre completo, sin abreviaturas, de la vialidad en la que se ubique el domicilio para oír o recibir notificaciones, así como el número exterior o interior que corresponde a dicho domicilio. | No aplica |
| Colonia | Denominación o nombre completo, sin abreviaturas, de la localidad o asentamiento humano que corresponda al domicilio para oír o recibir notificaciones. | No aplica |
| Municipio o Demarcación Territorial | Nombre completo, sin abreviaturas, del municipio, alcaldía o demarcación territorial que corresponda al domicilio para oír o recibir notificaciones. | No aplica |
| Entidad Federativa | Entidad federativa donde se encuentra el domicilio del representante legal. | No aplica |
| Código Postal | Número completo del código postal que corresponda al domicilio para oír o recibir notificaciones. | No aplica |
| Correo electrónico | Dirección de una cuenta de correo electrónico, mediante la cual se puede enviar y recibir mensajes de datos y documentos electrónicos relacionados, a través de los dispositivos tecnológicos que permiten efectuar la transmisión y recepción de mensajes de datos y documentos electrónicos. | No aplica |
| Teléfono fijo | Número(s) telefónico(s) fijo a 10 dígitos del Representante Legal. | No aplica |
| Teléfono celular | Número(s) telefónico(s) celular a 10 dígitos del Representante Legal. | No aplica |
| **Autorizados** | | |
| Nombre(s) completo(s) de la(s) persona(s) autorizada(s) para oír y recibir notificaciones | El interesado o su representante legal podrán autorizar a la(s) persona(s) que estime(n) pertinente(s) para oír y recibir notificaciones, realizar trámites, gestiones y comparecencias que fueran necesarias para la tramitación de tal procedimiento, incluyendo la interposición de recursos administrativos.  Comprende los siguientes campos por cada autorizado:   1. Nombre(s). Nombre completo, sin abreviaturas, del autorizado. 2. Primer apellido. Primer apellido, sin abreviaturas, del autorizado. 3. Segundo apellido. En caso de tenerlo, señalar el segundo apellido, sin abreviaturas, del autorizado. | No aplica |
| **Sección 3. Datos del trámite** | | |
| Hechos o razones que dan motivo a la petición | El solicitante deberá realizar una exposición detallada de los hechos y las razones particulares que lo motivan para presentar la solicitud. | No aplica |
| Número de canal virtual disponible que solicita le sea asignado | Indicar el canal virtual disponible que solicita le sea asignado.  El IFT publicará en su portal de internet el listado de los Canales Virtuales asignados y de aquellos planificados para futuras asignaciones, del cual se desprenderán por exclusión aquellos que se encuentren disponibles y respecto de los cuales podría solicitarse su asignación. | No aplica |
| **Sección 4. Documentación que deberá adjuntarse al presente formato** | | |
| Documentación adjunta | Seleccione con una “X” e indique la referencia de la documentación que adjunta al formato. | |
| Copia certificada del instrumento público o documento con el que se acredite la identidad y alcances del representante legal del Concesionario | Para el caso de personas morales, y para personas físicas que lo deseen, presentar el instrumento público mediante el cual se acredite la representación legal o, en su caso, la carta poder correspondiente.  Asimismo, deberá precisar la referencia de éste, a efecto de hacer posible su identificación. | No aplica |

|  |
| --- |
| **PLAZOS A LOS QUE ESTARÁ SUJETO EL TRÁMITE** |
| El plazo máximo de resolución del trámite por parte del IFT, a partir del día siguiente de la recepción de la presente solicitud, será de 30 días hábiles.  El plazo con que cuenta el IFT para efectuar a los interesados la prevención ante la falta de información o requisitos del trámite es de 10 días hábiles.  En caso de prevención, el plazo con que cuenta el interesado para subsanar la información o documentación faltante o errónea no podrá ser menor de 5, ni mayor de 10 días hábiles. Transcurrido dicho plazo sin que el interesado haya desahogado la prevención el IFT desechará el trámite. |

|  |
| --- |
| **FUNDAMENTO JURÍDICO DEL TRÁMITE** |
| - Artículos 7, 10 y 11 de los Lineamientos Generales para la Asignación de Canales Virtuales de Televisión Radiodifundida. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA SER DE UTILIDAD A LOS INTERESADOS** |
| El IFT con independencia de verificar la disponibilidad del Canal Virtual solicitado respecto del Listado de Canales Virtuales publicado en la página del Instituto, realiza un análisis casuístico en el cual verifica la zona de cobertura, área de servicio y área de cobertura de la estación, en relación con las de otras estaciones próximas a ésta y que tuvieran asignado el mismo canal virtual objeto de la solicitud.  Las coberturas de las estaciones de radiodifusión pueden consultarse en el siguiente enlace, correspondiente al Sistema de Consulta y Preanálisis de Coberturas de Radiodifusión en línea:  <http://mapasradiodifusion.ift.org.mx/CPCREL-web/consultaCoberturas/consultaCoberturas.xhtml?dswid=615>  En casos excepcionales, cuando el IFT no cuente con información programática de la estación objeto de la solicitud del cambio de Canal Virtual, podrá solicitar vía requerimiento al concesionario la presentación de dicha información.  En caso de requerir el acuse de recibo correspondiente, deberá presentar una copia del escrito mediante el cual realice la presentación de su solicitud. |

1. En caso de que se represente a una persona física, podrá acreditarse la representación mediante carta poder firmada ante dos testigos, y ratificadas las firmas ante la propia autoridad o fedatario público, o declaración en comparecencia personal del interesado. [↑](#footnote-ref-1)