|  |
| --- |
| Consideraciones Generales para el llenado del presente formato.   1. Completar la información requerida en cada uno de sus rubros, conforme al tipo de procedimiento que corresponda. 2. Los campos de información y documentación que contengan un asterisco (\*) como identificador son de llenado 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, con máquina de escribir o 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 se sugiere consultar el instructivo del presente formato . 5. El formato no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras en la información. |

**INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES (IFT)**

**Unidad de Cumplimiento**

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 del oficio IFT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *DD/MM/AAAA* | Alcance  Folio de Acuse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de Acuse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *DD/MM/AAAA* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN 2. DATOS GENERALES DEL REGULADO** | | | | | | | | | | | |
| **Datos generales del Regulado** | | | | | | | | | | | |
| Nombre, denominación o razón social \*: | | | |  | | | | | | | |
| Folio FET\*: |  | | Servicios que presta\*: | | |  | | | Cobertura\*: | |  |
| **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 oficina\*: | |  | | | | | 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** | |
| **Los mapas de cobertura garantizada y diferenciada deberán entregarse al IFT en el formato y con las características que a continuación se señalan y de manera adjunta al presente formato.**  a) Tener una resolución de al menos 50 metros;  b) Un mapa por cada región celular por cada Tecnología de Acceso;  c) Deberán utilizar el formato de Arcview (.shp) o Mapinfo (.tab);  d) Para cada Tecnología de Acceso, en una sola predicción de propagación del nivel de potencia recibida en dBm, deberá definir los siguientes rangos de cobertura de acuerdo a los siguientes parámetros:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | GSM | UMTS | LTE | | Rango 1 [dBm] | RxLev > -75 | RSCP > -85 | RSRP >-100 | | Rango 2 [dBm] | -86 < RxLev ≤ -75 | -96 <RSCP ≤ -85 | -111 < RSRP ≤ -100 | | Rango 3 [dBm] | -111 < RxLev ≤ -86 | -116 <RSCP ≤ -96 | -121 < RSRP ≤ -111 |   e) Los mapas de cobertura deberán graficarse en colores que permitan distinguir de forma clara cada uno de los rangos establecidos. | |
| *Seleccione con una “X” el trimestre que reporta.*  1er. Trimestre  2do. Trimestre    3er. Trimestre  4to. Trimestre | *Seleccione con una “X” el medio de presentación de la*  USB Cantidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CD Cantidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nota.- Los Mapas de cobertura deberán ser remitidos en medio electrónico de almacenamiento con formato de mapa con archivo Arcview (.shp) o Mapinfo (.tab). |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 4. DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTARSE AL PRESENTE FORMATO** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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 Regulado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Número del instrumento público y  número de hojas del mismo | |  | Medio electrónico (USB o CD) que contenga los mapas de cobertura garantizada y diferenciada enformato de Arcview (.shp) o Mapinfo (.tab) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cantidad | |

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 SIMPLIFICADO** |
| **Responsable del tratamiento**  El IFT, a través de la Dirección General Supervisión es el responsable del tratamiento de los datos personales que a continuación se recaban y se protegerán conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPPSO), y demás normatividad que resulte aplicable.  **Las finalidades del tratamiento para las cuales se obtienen los datos personales**   * Dar seguimiento a su solicitud. * Mantener un punto de contacto para comunicarse en caso de ser necesario.   **Transferencias de datos personales**  El IFT, a través de la Dirección General Supervisión, no llevará a cabo tratamiento de datos personales para finalidades distintas a las expresamente señaladas en este aviso de privacidad, ni realizará transferencias de datos personales a otros responsables, de carácter público o privado, salvo aquéllas que sean estrictamente necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados. Estas transferencias no requerirán el consentimiento del titular, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 22, fracciones I, II y III, de la LGPDPPSO.  **Ejercicio de los derechos ARCO**  Para ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (ARCO) al tratamiento de los datos personales establecidos en la LGPDPPSO; deberá hacerlos a través de la Unidad de Transparencia del IFT ubicada en la Planta Baja, del Edificio Sede con domicilio en Insurgentes Sur No. 1143, Col. Nochebuena, Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03720, a los teléfonos 55 5015 4598 y 55 5015 2200, o al correo electrónico [unidad.transparencia@ift.org.mx](mailto:unidad.transparencia@ift.org.mx).  **Aviso de privacidad Integral**  El Aviso de Privacidad integral se encuentra disponible físicamente en las oficinas de la Dirección General Supervisión del IFT y electrónicamente en el micrositio “Avisos de privacidad”: <http://www.ift.org.mx/avisos-de-privacidad>, medios a través de los cuales el IFT comunicará a los titulares de los datos los cambios al 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 | Aquí se debe especificar seleccionando con un “X” si se trata de:   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) solicitada 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 inició el trámite. | No aplica |
| **Sección 2. Datos generales del regulado** | | |
| **Datos Generales del Regulado** | | |
| Nombre o razón social del Concesionario | Indique el nombre completo de la persona física o moral a quien se otorgó el Instrumento habilitante (título de concesión, Concesión única, Autorización o permiso) | No aplica |
| Folio FET (Folio Electrónico de Telecomunicaciones) | Indique el (los ) folio (s) que corresponde (n) al instrumento (s) habilitante (s) tal como aparece en la página electrónica del Registro Público de Concesiones. | No aplica |
| Servicios que presta | Indique el(los) servicio(s) que se encuentra prestando. | No aplica |
| Cobertura | Indique el área de cobertura en la cual se encuentra prestando el servicio(s). | 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.  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 o demarcación territorial que corresponda al domicilio para oír o recibir notificaciones. | No aplica |
| Entidad Federativa | Entidad federativa en 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. |  |
| Teléfono fijo | Número(s) telefónico(s) fijo a 10 dígitos del Representante Legal. | No aplica |
| Teléfono móvil | Número(s) telefónico(s) móvil 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 fueren 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.   Se deberá llenar una línea por cada autorizado que se designe. | No aplica |
| **Sección 3. Datos del trámite** | | |
| Periodo que se reporta | Indicar para que periodo se reporta la información presentada (1er trimestre, 2do trimestre, 3er trimestre o 4to. Trimestre) | No aplica |
| Medio de presentación de la información | Indicar el número de dispositivos electrónicos que adjunta al formato.  Los Mapas de cobertura deberán ser remitidos en medio electrónico de almacenamiento con formato de mapa con archivo Arcview (.shp) o Mapinfo (.tab). | 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 y el número del instrumento y número de fojas.   1. Se deberá adjuntar, si le resulta aplicable, copia certificada de la escritura pública correspondiente con la que se acredite la identidad y alcances del representante legal del Concesionario o, en su caso, indicar sí este Instituto ya cuenta con un instrumento en el que se acredite la personalidad del promovente, así como la referencia del mismo. Indicar el número del instrumento público y número de fojas del mismo. 2. Se deberá adjuntar, una memoria USB o un disco magnético que contenga los archivos electrónicos en formato Arcview (.shp) o Mapinfo (.tab), relativos a los mapas de cobertura garantizada y diferenciada. . | No aplica |

|  |
| --- |
| **PLAZOS A LOS QUE ESTARÁ SUJETO EL TRÁMITE** |
| El cumplimiento de la obligación es una actualización de información que no requiere respuesta por parte del IFT.  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 días hábiles. Transcurrido dicho plazo sin que el interesado haya desahogado la prevención, el IFT desechará el trámite. |

|  |
| --- |
| **FUNDAMENTO JURÍDICO DEL TRÁMITE** |
| - Artículo 292, tercer párrafo de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión.  - Lineamiento Vigésimo del “Acuerdo mediante el cual el Pleno del Instituto Federal de Telecomunicaciones aprueba y emite los Lineamientos que fijan los índices y parámetros de calidad a que deberán sujetarse los prestadores del servicio móvil y se abroga el Plan Técnico Fundamental de Calidad del Servicio Local Móvil publicado el 30 de agosto de 2011, así como la metodología de mediciones del Plan Técnico Fundamental de Calidad del Servicio Local Móvil publicada el 27 de junio de 2012”. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA SER DE UTILIDAD A LOS INTERESADOS** |
| Los Mapas de cobertura deberán ser remitidos en medio electrónico de almacenamiento con formato de mapa con archivo Arcview (.shp) o Mapinfo (.tab).  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)