|  |
| --- |
| Consideraciones Generales para el llenado del presente formato.   1. Completar la información requerida en cada uno de los rubros, conforme al tipo de procedimiento y modalidad que corresponda . 2. Los campos de información y documentos 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, 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, o en su defecto, digitalizarlo y enviarlo a través del Sistema de Organismos de Evaluación de la Conformidad ("SOEC"). 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. |

**INSTITUTO FEDERAL DE TELECOMUNICACIONES**

**Unidad de Concesiones y Servicios**

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 Y MODALIDAD** | | | |
| **Procedimiento\*** *(Sólo debe seleccionar una opción)* | | | |
| Inicio de trámite | Desahogo de prevención  Oficio IFT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha oficio IFT: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *DD/MM/AAAA* | | Alcance  Folio de Acuse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de Acuse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *DD/MM/AAAA* |
|  |
| **Modalidad del trámite\*** *(Sólo debe seleccionar una opción)* | | | |
| Presentación del Informe de suspensión de servicios de un Laboratorio de Prueba a razón de un caso fortuito o de fuerza mayor | | Presentación del Informe de suspensión de servicios de un Laboratorio de Prueba a razón de circunstancias diferentes a un caso fortuito o de fuerza mayor | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN 2. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos generales del Laboratorio de Pruebas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o razón social\*: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Representante legal y/o autorizados** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. DESCRIPCIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE SERVICIOS** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |

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 de Autorizaciones y Servicios.  **Datos recabados:**   * Nombres de personas físicas y denominación o razón social de personas morales. * Nacionalidad. * Registro Federal de Contribuyentes. * Nombre del Representante o Apoderado Legal. * Personas autorizadas para oír y recibir notificaciones y documentos. * Teléfono (celular y/o particular) * Correo electrónico * Domicilio para oír y recibir notificaciones y documentos. * Documentación que acredite nacionalidad: * Acta de nacimiento para personas físicas. Acta constitutiva para personas morales. * Documentación que acredita identidad. * Credencial expedida por el INE, Cédula profesional, Pasaporte. * Documentación para acreditar la personalidad del representante o apoderado legal: * Poder notarial o copia certificada de la escritura pública en la que conste el poder para actos de administración * Comprobante de domicilio.   **Las finalidades del tratamiento para las cuales se obtienen los datos personales**   * Identificar a las personas físicas o morales que con motivo de su interés particular presentan información para llevar a cabo un trámite competencia de la Unidad de Concesiones y Servicios. * Notificar y contactar a los Interesados en su caso, respecto del correspondiente trámite.   **Transferencias de datos personales**  El IFT, a través de la Dirección General de Autorizaciones y Servicios, 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 (Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados) 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 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), o en las oficinas de la Unidad de Concesiones y Servicios, ubicadas en Avenida Insurgentes Sur No. 838, Colonia Del Valle, Demarcación Territorial Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, o correo electrónico de la Unidad de Concesiones y Servicios: [roberto.flores@ift.org.mx](mailto:roberto.flores@ift.org.mx).  **Aviso de privacidad Integral**  El Aviso de Privacidad integralse encuentra disponible físicamente en las oficinas de la Unidad de Concesiones y Servicios y electrónicamente en el micrositio “Avisos de privacidad”: <http://www.ift.org.mx/avisos-de-privacidad>, “Unidad de Concesiones y Servicios”, medios a través de los cuales el IFT comunicará a los titulares de los datos los cambios al aviso 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 y modalidad** | | |
| 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) 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 inicio el trámite. | No aplica |
| Modalidad del trámite | Seleccione una opción y marque con una “X” únicamente la modalidad del trámite a realizar.   * Presentación del Informe de suspensión de servicios de un Laboratorio de Prueba a razón de un caso fortuito o de fuerza mayor * Presentación del Informe de suspensión de servicios de un Laboratorio de Prueba a razón de circunstancias diferentes a un caso fortuito o de fuerza mayor | No aplica |
| **Sección 2. Datos generales del solicitante** | | |
| **Datos Generales del Laboratorio de Prueba** | | |
| Nombre o razón social | Nombre Completo del Laboratorio de Pruebas de Tercera Parte | 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 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. | No aplica |
| 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 persona o personas que estime pertinente 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. 2. Primer apellido. Primer apellido, sin abreviaturas. 3. Segundo apellido. En caso de tenerlo, señalar el segundo apellido, sin abreviaturas.   Se deberá llenar una línea por cada autorizado que se designe. | No aplica |
| **Sección 3. Descripción de la suspensión de servicios** | | |
| Descripción de la suspensión de servicios | Descripción de la suspensión se servicios por parte del Laboratorios indicando las causas o razones de dicha suspensión y en su caso, la fecha de reanudación de los servicios | No aplica |

|  |
| --- |
| **PLAZOS A LOS QUE ESTARÁ SUJETO EL TRÁMITE** |
| A razón de un caso fortuito o de fuerza mayor, el Laboratorio de Prueba acreditado informará al IFT, dentro del plazo de 1 día natural a partir de que ocurra el acontecimiento, y lo notificará formalmente dentro de un periodo de 2 días naturales siguientes.  A razón de circunstancias diferentes a un caso fortuito o de fuerza mayor, el Laboratorio de Prueba acreditado informará al IFT con al menos un día natural de anticipación la suspensión, las causas o razones de ésta, así como la fecha de reanudación de la prestación de los servicios.  El cumplimiento de la obligación o trámite es un aviso, por lo que no requiere respuesta por parte de la autoridad.  En caso de prevención, el plazo con que cuenta el interesado para subsanar la información o documentación faltante o errónea será de 10 días hábiles. Transcurrido dicho plazo sin que el interesado haya desahogado la prevención, el IFT desechará el trámite. |

|  |
| --- |
| **FUNDAMENTO JURÍDICO DEL TRÁMITE** |
| - Lineamiento DÉCIMO SEXTO, antepenúltimo y último párrafo, de los Lineamientos para la acreditación, autorización, designación y reconocimiento de laboratorios de prueba. |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL QUE PUEDA SER DE UTILIDAD A LOS INTERESADOS** |
| En caso de requerir el acuse de recibo correspondiente, deberá presentar una copia del escrito mediante el cual realice la presentación de su solicitud. |