



**SOLICITUD DE AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN  
DE LA AUTORIZACIÓN Y/O REVALIDACIÓN PARA  
PRESTAR SERVICIOS DE SEGURIDAD PRIVADA EN EL ESTADO.  
(Persona Moral)**

FORMATO AM - 2

\_\_\_\_\_, Sonora, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Lic. María Dolores del Río Sánchez,  
Secretaria de Seguridad Pública.**

**At`n. C.P. Heriberto serrano Campos,  
Coordinador del Centro Estatal de Información sobre Seguridad Pública.  
Presente. –**

De conformidad con los artículos 6, 8, 12, 13 y 18 de la Ley de Seguridad Privada para el Estado de Sonora, 9y demás aplicables del Reglamento la Ley de Seguridad Privada para el Estado de Sonora, solicito la:

Ampliación de la(s) modalidad(es) de la Autorización y/o Revalidación.  Modificación de los requisitos de la Autorización y/o Revalidación.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los requisitos que presento corresponden a la(s) modalidad(es) solicitada(s) por mi representada, los cuales se detallan a continuación:

**Datos Generales:**

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

Nombre Representante Legal: \_\_\_\_\_

Datos del Poder General: \_\_\_\_\_

No. de Registro de Autorización: \_\_\_\_\_

Domicilio oficina matriz para oír y recibir notificaciones: Calle y número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_, Sonora. Tel. Oficina: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio autorizado en la ciudad de Hermosillo, Son. para oír y recibir notificaciones:

Calle y número: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada para recibir: \_\_\_\_\_

**Modalidad (es) en la (s) que prestará el servicio de Seguridad Privada:**

- |   |                          |  |                          |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| I.- Seguridad Privada a Personas.                           | <input type="checkbox"/> | II.- Seguridad Privada en los Bienes.  | <input type="checkbox"/> |
| III.- Seguridad Privada en el Traslado de Bienes o Valores. | <input type="checkbox"/> | IV.- Seguridad de la Información.  | <input type="checkbox"/> |
| V.- Servicios de Investigación Privada.                     | <input type="checkbox"/> | VI.- Actividad Vinculada con Servicios de Seguridad Privada.                     | <input type="checkbox"/> |
| VII.- Servicios de Alarmas y de Monitoreo Electrónico.      | <input type="checkbox"/> | VIII.- Servicios de Seguridad Privada prestados por Comités de Vecinos o Grupos. | <input type="checkbox"/> |
| IX.- Servicio de Vigilancia Interna.                        | <input type="checkbox"/> | X.- Actividades similares y auxiliares relacionada con la seguridad privada.     | <input type="checkbox"/> |

\*Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales "Registro Estatal de Empresas, Personal y Equipo de Seguridad Privada", el cual tiene su fundamento en los artículos del 28 al 36 de la Ley de Seguridad Privada para el Estado de Sonora; con fundamento en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Sonora, y podrán ser transmitidos al Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (Sistema Nacional de Seguridad Pública)



**Requisitos para obtener la Modificación de la Autorización y/o Revalidación:**

FORMATO AM - 2

1.- Comprobante de pago de los derechos correspondientes.	<input type="checkbox"/>	Para uso exclusivo de la Secretaría de Seguridad Pública.
2.- Copia certificada de: Acta Constitutiva y Poder Notarial del solicitante.	<input type="checkbox"/>	
3.- Domicilio fiscal y sucursales. <b>(No aplica Modalidad: VIII)</b>	<input type="checkbox"/>	
4.- Relación de personal y estructura organizacional. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
5.- Recursos técnicos y de formación. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
6.- Recursos financieros. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
7.- Recursos materiales. <b>(No aplica Modalidad: X y cuando aplique VIII)</b>	<input type="checkbox"/>	
8.- Reglamento Interior de Trabajo. <b>(No aplica en la Modalidad V, VIII, X y en la I cuando se solicita de forma individual)</b>	<input type="checkbox"/>	
9.- Manual o Instructivo operativo. <b>(No aplica en la Modalidad V, VIII, X y en la I cuando se solicita de forma individual)</b>	<input type="checkbox"/>	
10.- Responsable operativo con constancia de instructor. <b>(No aplica la constancia en la Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
11.- Plan de capacitación permanente. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
12.- Relación del personal directivo y administrativo. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
13.- Consulta de antecedentes penales y policiales.	<input type="checkbox"/>	
14.- Fotografías de uniforme. <b>(No aplica Modalidad: VIII)</b>	<input type="checkbox"/>	
15.- Permiso para operar frecuencia de radiocomunicación. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
16.- Relación, en su caso, de perros entrenados y documentos de Instructor.	<input type="checkbox"/>	
17.- Fotografías de vehículos rotulados. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	
18.- Solicitud para trámite de Protección Civil del Estado. <b>(No aplica Modalidad: VIII y X)</b>	<input type="checkbox"/>	

**Para la modalidad de:**

**III.- Seguridad Privada en el Traslado de Bienes o Valores:**

1.- Vehículos adecuados y blindados.	
2.- Vehículos y personal para custodia de bienes no armados.	

**VII.- Servicios de Alarmas y de Monitoreo Electrónico:**

1.- Acreditar los recursos mínimos de operación.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------



### VIII.- Comités de Vecinos o Grupos:

FORMATO AM - 2

1.- Contar con comité de vecinos previamente constituido.	<input type="checkbox"/>
2.- Reporte mensual de personal contratado que cumpla con los requisitos.	<input type="checkbox"/>
3.- Señalar domicilio y enlace responsable o contacto.	<input type="checkbox"/>

### IX.- Servicio de Vigilancia Interna:

1.- Relación de sucursales donde realicen labores de seguridad interna.	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

### X.- Actividades Similares y Auxiliares relacionadas con la Seguridad Privada:

1.- Cumplir con los requisitos para el desempeño de sus funciones.	<input type="checkbox"/>
2.- Certificado de evaluación para acreditar capacitación y adiestramiento.	<input type="checkbox"/>

En caso de ser procedente la solicitud de Modificación de la Autorización y/o Revalidación, desde este momento mi representada se compromete a cumplir con las obligaciones aplicables a los prestadores de servicio de Seguridad Privada en los ordenamientos jurídicos de la materia.

**Atentamente:**

\_\_\_\_\_  
**(Nombre y firma del Representante Legal)**