|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Formulario: **FRM-009** Rev: **02** |  |
|  |  |  |
|  | No. de expediente |  | Número de cuenta CESPT |  | Fecha (dd/mmm/aa) |  |
|  |  | **🡨 Este campo lo llena CESPT** |   |  |   |  |
|  |  |  |
| **AREA A EVALUAR** |
|  |  |  |
|  | Atrapa la grasa [ ]  | Atrapa el aceite [ ]  | Atrapa la escama [ ]  | Atrapa la pelusa [ ]  | Atrapa los sólidos [ ]  |  |
|  |  |  |
|  | **DATOS GENERALES DE LA EMPRESA** |  |
|  |  |  |
|   | Razón Social |  |
|  |   |  |
|  | Nombre Comercial | Giro |  |
|  |   |   |  |
|  | RFC | Clave Catastral | Actividad principal |  |
|  |   |   |   |  |
|  |  |  |
|  | **Domicilio físico de la empresa** |  |
|  |  |  |
|  | Calle | No. Ext. | No. Int. | Colonia |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  | Delegación | Municipio | Código Postal |  |
|  |   |   |   |  |
|  | Clave Catastral | Teléfono | Correo electrónico |  |
|  |   |   |   |  |
|  |  |  |
|  | **Persona autorizada y domicilio para oír notificaciones** |  |
|  |  |  |
|  | Nombre del propietario o representante legal | Teléfono | Correo electrónico |  |
|  |   |   |   |  |
|  | Persona autorizada para recibir y oír notificaciones | Teléfono | Correo electrónico |  |
|  |   |   |   |  |
|  | Calle | No. Ext. | No. Int. | Colonia |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  | Delegación | Municipio | Código Postal |  |
|  |   |   |   |  |
|  |  |  |
|  | **CARACTERÍSTICAS DE LA EMPRESA** |  |
|  |  |  |
|  | Horario laboral | Días cerrado | Cant. de empleados | Descripción física del local |  |
|  |   |   |   |   |  |
|  |  |  |
|  |  | Acuse de registro de ingreso |  |
|  | **REQUISITOS** |  |  |
|  | Los indicados en el trámite *Constancia de Cumplimiento al Programa Atrapa la Grasa y Sólidos*, el cual puede consultar y descargar en el enlace de la página de Internet de CESPT: <https://www.cespt.gob.mx/tramitescespt/documentos/Tram_35.pdf>. |  |
|  |  |
|  | **NOTA:**El trámite se empezará a procesar **hasta que se realice el pago de derechos correspondiente.** |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | *Autorizo al personal adscrito a la Comisión Estatal de Servicios Públicos de Tijuana, para que realice la revisión y verificación de las descargas de aguas residuales a la red de alcantarillado sanitario, dentro del domicilio registrado, comprometiéndome a cumplir con los ordenamientos que resulten, y en caso de incumplir, tengo pleno conocimiento de las sanciones aplicables, de acuerdo a lo establecido por el Artículo 94, Fracc. IV, Inciso o) de la Ley que Reglamenta el Servicio de Agua Potable en el Estado de Baja California.**A su vez, declaro bajo protesta de decir la verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que, en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas, en términos del Artículo 21 de la Ley de Procedimiento para los Actos de Administración Pública del Estado de Baja California.* |  |
|  |  |  |
|  |  | Nombre y Firma |  | Nombre y Firma |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Propietario o Representante Legal** |  | **Responsable de la Información** |  |  |
|  |  |  |