



**REGISTRO ESTATAL DE TURISMO
FORMATO PARA LA PRESENTACION
DE SERVICIO DE AGENCIA DE VIAJES**



R.N.T.-4

R.E.T.-4

REQUISITOS MINIMOS DE OPERACION

I.- TIPO DE TRAMITE

Inscripción	()	
Cambio de Nombre Comercial	()	
Cambio de Razón Social	()	Anterior: _____
Cambio de Domicilio	()	Anterior: _____
Renovación de Constancia	()	Motivo: _____
Baja	()	

II.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre Comercial del Establecimiento _____

Razón Social (Persona Física o Moral) _____

Calle _____ No. _____ Colonia _____

Municipio o Delegación _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono(s) _____ Fax _____

LOCAL:

Rentado () Vigencia _____
Propio () Fecha escritura _____ No. Registro _____
Comodato ()

III.- DATOS DE LA EMPRESA

No. de R.F.C. _____

Lugar y Fecha de Expedición: _____

Acta Constitutiva (Persona Moral):

Fecha de Expedición: _____

Nombre Notario: _____

No. de Acta: _____

Lugar : _____

No. de Notaria: _____



CUMPLIDO CON LO ANTERIOR, DECLARA BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD QUE TODOS LOS DATOS E INFORMACION AQUI CONTENIDA, ASI COMO LOS REGISTROS, PERMISOS TRAMITES EFECTUADOS ANTE OTRAS AUTORIDADES ASENTADOS EN ESTA SOLICITUD SON VERIDICOS. EN CASO DE EXISTIR FALSEDAD EN ELLOS, ME SUJETARE A LAS SANCIONES PREVISTAS EN LA LEY FEDERAL DE TURISMO Y DEMAS RELATIVAS A LA MATERIA, ASI COMO LAS DEMAS APLICACIONES QUE DE OTRAS LEYES O REGLAMENTOS EMANEN, MANIFESTANDO CONFORMIDAD PARA QUE DICHA INFORMACION PUEDA SER VERIFICADA EN EL MOMENTO EN QUE LA SECRETARIA DE TURISMO JUZGUE OPORTUNO.

DATOS COMPLEMENTARIOS DE REGISTRO NACIONAL DE TURISMO

IV.- DATOS DE OPERACION

TIPO DE ESTABLECIMIENTO:

Agencia ()

Agencia Matriz ()

Sucursal ()

No. de Sucursales: _____

Nombre Matriz: _____

Dirección: _____

ACTIVIDAD PRINCIPAL:

Operadora ()

Minorista ()

Subagencia ()

ENFOCADO AL TURISMO:

Doméstico () %

Egresivo () %

Receptivo () %

No. de Personal:

Administrativo ()
 Operativo ()
 Ventas ()
 Otros _____

Especificaciones:

*Superficie del local (m²) _____
 *Superficie del área de atención al público (m²) _____

Miembro de:

AMAV () ASTA () FUNAV ()
 IATA () COTAL () OTURMEX ()

Boletaje:

Doméstico () Internacional () Ninguno ()

Poliza de seguro de responsabilidad civil
 (En caso de contar con el mismo)

*Monto asegurado: _____

*Fecha de expedición: _____

*Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

*Lugar: _____

(Sólo en caso de que la documentación se encuentre en trámite)

"Trámite: _____

"Plazo: _____

En caso de ser Agencia Mayorista y Operadora se deberá acreditar experiencia comprobable.

Empresa: _____

Giro: _____ Fecha: _____

Nombre y cargo de la persona que recomienda: _____

Nombre del Solicitante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA SECTURE

UNIDAD RECEPTORA

Revisado y Recibido por

Lugar y Fecha de Recepción

LIC. PEDRO DELGADO BELTRAN
Vo.Bo. Responsable de Area

C.P. OSCAR ESCOBEDO CARIGNAN
SECRETARIO DE TURISMO

SELLO