



## REGISTRO DE ACTIVIDADES

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Nombre del responsable y/o guía: \_\_\_\_\_

Nombre de la agrupación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Tel. convencional: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Satelital: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuenta con Matrícula de Guía de SECTUR?      **NO**      **SI**      Numero de MATRICULA: \_\_\_\_\_

### \* TIPO DE ACTIVIDAD

^Media Montaña		^Buceo	
^Cañonismo		^Rapel	
^Escala en Roca		^Montañismo	
^Senderismo		^Excursionismo	
^Kayak		^Paseo en Vehículos Motorizados	
^Cabalgata		^Vuelos en Ala Delta	
^Parapente		^Paramotor	
Otras Descríbalas: ^			

### LUGAR A DONDE SE DIRIGEN

Nombre del lugar o punto de partida: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Coordenadas del lugar o punto de partida:

Latitud Norte: \_\_\_\_\_ Longitud Oeste: \_\_\_\_\_

\* En caso de ser un recorrido nombre del punto donde termina: \_\_\_\_\_

\* Coordenadas del punto final del recorrido:

Latitud Norte: \_\_\_\_\_ Longitud Oeste: \_\_\_\_\_

Cuentan con Instrumentos de orientación:      Brújula      GPS      Carta Topográfica del lugar.

Cantidad de personas: \_\_\_\_\_ Hombres: \_\_\_\_\_ Mujeres: \_\_\_\_\_ Niños: \_\_\_\_\_

Edad Máxima de los participantes \_\_\_\_\_ Edad Mínima de los participantes \_\_\_\_\_

Día y hora de salida: \_\_\_\_\_ (DD/MM/AA), \_\_\_\_\_ (HH:MM).

Día y hora de regreso: \_\_\_\_\_ (DD/MM/AA), \_\_\_\_\_ (HH:MM).



GOBIERNO DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA  
SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO  
COORDINACIÓN ESTATAL DE PROTECCIÓN CIVIL  
SIRARZA BC



CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono convencional: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* Anexar archivo KML(Z) o GPX del recorrido a seguir.

^ Actividades marcadas con un inglete '^' deberán presentar el archivo KML(Z) o GPX del recorrido anexado al correo electrónico, de lo contrario no se aprobará su actividad.

Nombre y Firma del Responsable

\_\_\_\_\_

**ADVERTENCIA: EL LLENADO DE ESTE DOCUMENTO NO GARANTIZA AYUDA ALGUNA EN CASO DE QUE USTED O ALGUIEN DE SUS ASISTENTES REQUIERAN ASISTENCIA O EVACUACIÓN MEDICA DE URGENCIA.**

Favor de enviar este formato al correo electrónico: [agreste@depcbc.gob.mx](mailto:agreste@depcbc.gob.mx) para dudas favor de llamar al teléfono (664) 634 9360