[lugar y fecha]

**Asunto**: Designación de Agente Comercializador

ante el Gestor Independiente del SISTRANGAS.

**ROSA ELENA TORRES ORTIZ**

**JEFA DE UNIDAD DE GESTIÓN TÉCNICA Y PLANEACIÓN**

**CENTRO NACIONAL DE CONTROL DEL GAS NATURAL**

**Av. Insurgentes Sur, número 838, piso 12, C.P. 03100,**

**Benito Juárez, Ciudad de México.**

PRESENTE

[Nombre] en mi carácter de [apoderado] de [usuario], titular del Contrato de Servicio de Transporte de Gas Natural en Base [Firme/Interrumpible] número [xxxxxxx], personalidad que acredito mediante el instrumento notarial número [xxx] de fecha [xxx], otorgado ante la fe del Lic. [Nombre del Notario], Notario Público número [xxx] de [lugar de adscripción], facultades que a la fecha no me han sido limitadas o revocadas en forma alguna; informo que por así convenir a los intereses de mi representada, [nombre de comercializador] con número de Permiso de comercialización de Gas Natural número [xxxxxxxxx], será el agente comercializador designado a partir del [día] de [mes] de [año] y hasta [nuevo aviso o indicar fecha de término], para ejercer a nombre de mi representada ante el CENAGAS como Gestor Independiente del SISTRANGAS, las actividades siguientes:

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **SI / NO** |
| Gestión de Solicitudes de Servicio de Transporte.  \*Gestión de Solicitudes de Servicio de Transporte en materia de contratación de nuevo servicio o interconexiones, alta y baja de trayectos de transporte, reducción o aumento de capacidad o cantidad, redistribución de capacidad en trayectos de transporte existentes, agregación de trayectos de transporte secundarios. |  |
| Solicitud de apertura y cierre de válvula.  Nombre:  Teléfono:  Mail:  Puesto:  \*Solicitud de apertura y cierre de válvula para inicio de operaciones en una nueva interconexión o por mantenimientos. |  |
| Nominación y Programación del servicio de transporte.  Nombre:  Teléfono:  Mail:  Puesto:  \* A través de la Plataforma Electrónica del Agente Comercializador. Incluye solicitud de alta de rutas operativas tipo MAKEUP y PAYBACK. |  |
| Gestión de Reportes de Medición Fiscal y asignación del servicio de transporte.  \*Recepción de reportes mensuales de desbalances y posición de gas. |  |
| Gestión de compensación de Posición de Gas.  \* Gestión de la posición de gas mediante compensación conforme a la condición 8.4.2 de los TCPS. |  |
| Gestión y administración del contrato y capacidad.  \*Gestión de modificaciones y actualizaciones del Contrato, p.e. renovaciones, aceptación de factibilidades de transporte, renuncia de CMD, cesión de contrato, terminación anticipada de contrato, participación en procedimientos de asignación de capacidad … |  |
| Participar en el Mercado Secundario de capacidad.  \*Realizar cesiones de capacidad a través del Mercado Secundarios ya sean parciales o totales y temporales o permanentes. |  |
| Atención de emergencias y gestión operativa.  Nombre:  Teléfono:  Mail:  Puesto:  \*Atención a mantenimientos, restricciones operativas, emergencias y en general cualquier aviso operativo del Gestor Independiente del SISTRANGAS. |  |

Sin más por el momento, agradezco de antemano las facilidades necesarias para las gestiones a que haya lugar.

|  |  |
| --- | --- |
| **USUARIO**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [Nombre y firma del apoderado] | **AGENTE COMERCIALIZADOR**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  [Nombre y firma del apoderado] |