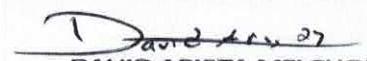




**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS
MUNICIPIO DE CORTAZAR, GUANAJUATO**



| | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|---|------------------------------------|--|----------------|----|
| HOMOCLAVE | | MT-CTZ-FIS-05 | | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | | 06-feb-25 | | |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | | | | |
| Permiso para volanteo por día | | | | | | | | |
| Tener control sobre este tipo de publicidad en el municipio. | | | | | | | | |
| II. MODALIDAD. | | | | | | | | |
| Presencial | | | | | | | | |
| III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | | | | |
| Disposiciones administrativas de recaudación del municipio de Cortazar, Guanajuato, para el ejercicio fiscal del año 2025 capítulo séptimo: del otorgamiento de conformidad para la expedición de licencias de funcionamiento, autorizaciones y permisos del municipio. Artículo 9 inciso 6. permiso para volanteo por día. | | | | | | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | | | | | | |
| Por día cada que se requiera | | | | | | | | |
| PASOS | | | | | | | | |
| 1.-Solicitar orden de pago departamento de Fiscalización | | | | | | | | |
| 2.-Realizar pagos correspondientes en Tesorería | | | | | | | | |
| V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. | | | | | | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACION, AUTORIZACION O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE. | | |
| Copia de recibo de Tesorería | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | | | | | | |
| No aplica | | | | | | | | |
| VII. ENLACE DEL FORMATO. | | | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO | | | | |
| No aplica | | | | No aplica | | | | |
| VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN. | | | | | | | | |
| No aplica | | | | | | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | | TELÉFONO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| DAVID ARISTA MELCHOR | | 411-160-38-00 | | | fiscalizacion_corta019@outlook.com | | | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | | | | |
| Inmediata | | | | Afirmativa Ficta | | No aplica | Negativa Ficta | SI |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | | | No aplica | | | | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | | | No aplica | | | | |
| XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | | | | |
| \$93.50 | | | | Caja de Tesorería Municipal | | | | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | | | | | | |
| El mismo día | | | | | | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | | | | |
| Ubicación | | | | | | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | | Jefatura de Fiscalización | | | | | | |
| AREA O DEPARTAMENTO | | Jefatura de Fiscalización | | | | | | |
| DOMICILIO (S) | | Ignacio Rayon No. 100 Zona Centro | | | | | | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | | | | | | | |
| Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00 hrs. | | | | | | | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS. | | | | | | | | |
| DOMICILIO (S) | | Ignacio Rayon No. 100 Zona Centro | | | | | | |
| TELEFONO (S) | | 411-160-38-00 | | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | | fiscalizacion_corta019@outlook.cm | | | | | | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | | | | | | |
| DEPENDENCIA | | TELÉFONO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | |
| Contraloría Municipal | | Contraloría Municipal | | | contraloria_cortazar@hotmail.com | | | |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACION, INSPECCION Y VERIFICACION CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | | | | |
| Comprobante de pago. | | | | | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR | | | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | | | | |
|  DAVID ARISTA MELCHOR JEFE DEL AREA DE FISCALIZADOR | | | |  | | | | |