

## Registro de Trámites y Servicios 2019 Municipio de Uriangato



## I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO

Impuestos rifas, sorteos, loterías y concursos.

| Brindar la información adecuada y precisa al ciudadano sobre los impuestos rifas, sorteos, loterías y concursos. |
|--|
|--|

| Brindar la información adaquada un incluida i  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Brindar la información adecuada y precisa al ciudadano s   | sobre los impuestos rif  | as, sorteos, loterías y concursos.  |  |
| II. MODALIDAD (PRESENCIAL O EN LÍNEA)  |  |   |  |
| III. FUNDAMENTOS JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TI  | PÁMITE O SERVICIO  | Presencial  |  |
| Ley de Ingresos para el municipio de Uriangato para el ej<br>de Comercio Municipal Articulo V Fracción I.  |  | lo tercero Capitulo Séptimo Articulo 12 Reglamento  |  |
| IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O D<br>CABO  Se cobrara el 6% sobre el total de los ingresos que se po  | Andrews (1984) - 1995 (1996) ( |   |  |
| Service and the service of the servi | PASOS  |   |  |
| 1 Solicitud por escrito  | 4  |   |  |
| 2 Realizar pago  | 5-   |   |  |
| 3 Resolución del tramite   | 6-   | 6-  |  |
| V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITO  |  | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE |  |
| 1. Identificación oficial  |  | EN MONO COLLO DIMILE  |  |
| <ol> <li>Solicitud por escrito, dirigida al director de Fiscalizació</li> <li>Comercio, mencionar el total de boletos, el costo de premanexar boletos para sello.</li> </ol>   | ón de Alcoholes y del<br>nio, fecha de rifa y  |   |  |
| 3 Pago correspondiente   |  |   |  |
|  |  |   |  |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESEI   | NTA MEDIANTE FORMA   | ATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO  |  |
| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.  | The same and the same  | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO  |  |
| No aplica  |  |   |  |
| но арпса   |  | 01/01/2019  |  |

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               |  |
|--|----------------------|---------------|---------|----------------------------------|--|
| Dr. Guillermo Jesús Martínez Martínez                      | 445 45 75032 EXT 117 |               |         | fiscalizacionuriangato@gmail.com |  |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.              | FIGU                 | RA JURÍDICA Q | UE APLI | ICA A SU RESOLUCIÓN              |  |
| 3 días hábiles   | Afirmativa Fic       | ta No         | 0       | Negativa Ficta                   | SI   |
| XI. PLAZO DE PREVENSION POR LA DEPENDE                     | NCIA O ENTIDAD MUNIC | IPAL.         |         |                                  |  |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMP                         | LA CON LA PREVENSIÓN | 1.            |         |                                  |  |
| XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHA<br>FORMA DE CÁLCULO. | AMIENTOS Y/O         | ALTERN        | IATIVAS | PARA REALIZAR EL PA              | (GO  |
| XIII VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EN                   | NITE.                |               |         |                                  | A Company of the Comp |

| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVA | AS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO. |
|-----------------------------|---|
| DEPENDENCIA O ENTIDAD       | Fiscalización de Alcoholes y del Comercio                 |
| AREA O DEPARTAMENTO         | Fiscalización de Alcoholes y del Comercio                 |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL | PÚBLICO.  |

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Contraloría Municipal

Lunes a Viernes de 9:00 am a 3:30 pm

| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTA | CTO (PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUI | EJAS).             |
|------------------------------|--|--------------------|
| DOMICILIO (S)                | Morelos #1 Col. Centro Uriangato, Gto.         |                    |
| TELEFONO (S)                 | 01(445)4575022 Ext. 117                        |                    |
| CORREO ELECTRÓNICO (S)       | fiscalizacionuriangato@gmail.com               |                    |
| LUGARES                      | PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GEST   | IÓN DEL SERVICIO   |
| DEPENDENCIA.                 | TELÉFONO                                       | CORREO ELECTRÓNICO |
|                              |  |                    |

XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO

| NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA                  | SELLO DE LA DIRECCIÓN.     |
|---|----------------------------|
| Mumo  |                            |
| (F) (M)   |                            |
| frankripting for                                      |                            |
| Dr. Cuillarma Marking Mark                            | DEPARTAMENTO DE            |
| Dr. Guillermo Martínez Martínez                       | FICCALIZACIUN DE           |
| Director de Fiscalización de Alcoholes y del Comercio | ALCOHOLES Y DE<br>COMERCIO |
|   | URIANGATO, GTO             |