

Registro de Trámites y Servicios Municipio de Moroleon, Guanajuato



| HOMOCIAVE | MO-CA-01 | | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | | ACIÓN 23-mar-22 | |
|---|--|----------------|---|--|---|--|
| NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERV | MO-CA-01 | | | | | |
| ONSULTA DE INFORMACIÓN SOBRE D | ATOS RESPE | CTO AL PADR | RÓN | | | |
| OMICILIO, CLAVE CATASTRAL, CUENTA PR | EDIAL, UBICAC | IÓN DEL INML | JEBLE. | | | |
| MODALIDAD. | | | | | | |
| e realiza de manera presencial | | | | | | |
| FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DE | EL TRÁMITE O SI | ERVICIO. | | | | |
| No Tiene | | | E O SERVICIO Y E | ASOS PARA II | EVARI O A CABO. | |
| V, DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE | O DEBE REALIZA | RSE EL TRAMIT | E O SERVICIO I P | auonta proc | lial | |
| Cuando el propietario requiera informa | cion de un su | inmueble y l | | cuenta prec | liai | |
| | | | PASOS | ibro do solici | tud | |
| L. Acuan a offerna de catalas. | | | | escrito Libre de solicitud inal y Copia | | |
| Presentar identificacion | | | Original y Co | ρia | | |
| 3recibir la informacion requerida | | | | el EL PEOUISITO | NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN | |
| . DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS. | | BUENO SEÑALA | | LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE. | | |
| 1. 1 Copia de Identificacion del INE o similar | | | | No se requiere. | | |
| Copia de Identificación del INE o Similar Copia de comprobante de domicilio | | | | No se requiere. | | |
| Copia de comprobante de domicino Copia de comprobante del Predial | | | | No se requiere. | | |
| | | | | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE | PRESENTA MED | IANTE FORMATO |), ESCRITO LIBRE | , AMBOS O POR | OTRO MEDIO. | |
| Escrito libre de solicitud | | | | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO | |
| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. | | | | No se tiene | | |
| N/A | | N MOETA COMO | III IADIA O VEDICI | CACIÓN | No se delle | |
| VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DI | = LA INSPECCIO | to al propieto | ario en la haco | de datos | | |
| No se requiere de documentos, solo ve IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSAE | rificar que es | E O SERVICIO | ario eri la base | de dates. | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | TELÉFONO | | | CORREO ELECTRÓNICO | | |
| | /> | 00011 | 00 | | catastromoroleon21.24@gmail.com | |
| MARIA LETICIA CASTILLO LARA | 01 (445) 45 | 89214 ext. 1 | .08 | | | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERV | ricio. | | | FIGURA JURÍDI | CA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | |
| Afirmativa Ficta | | | ativa Ficta | no | Negativa Ficta Si | |
| 1 día XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDEN | CIA O ENTIDAD N | MUNICIPAL. | | | 3 días | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA | | | | | 1 día | |
| XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAN | | | | | TERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | |
| CÁLCULO. | IIENTOS TIOTO | KWIA DE | | AL | TERNATIVAS PARA REALIZAR 22 1700 | |
| Sin costo | | | No aplica | | | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMI | TE. | | | | | |
| No tiene | | | | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE | O SERVICIO. | | | | | |
| verificacion que el solicitante es el pro xv. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QU | pietario del I | nmueble. | ÁMITE O SERVICIO | O Y SUS DOMICI | LIOS | |
| | lefatura de | Catastro e In | npuesto predia | al | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD AREA O DEPARTAMENTO | Jefatura de Catastro e Impuesto predial Jefatura de Catastro e Impuesto Predial | | | | | |
| DOMICILIO (S) | Hidalgo No. 30 Centro | | | | | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | 130.80 .10 | | | | | |
| Horario de oficina de lunes a viernes | de 8:00 a 15 | :00 horas. | | | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CON | ISULTAS, ENVIC | DE DOCUMENTO | OS Y QUEJAS. | | | |
| DOMICILIO (S) | Hidalgo No. 30 Centro | | | | | |
| TELEFONO (S) | 01 (445) 45 89220 ext. 108 | | | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) catastromoroleon21. | | | 24@gmail.com AR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | |
| | LUGARES PARA | TELÉFONO | | | CORREO ELECTRÓNICO | |
| Organo del control interno (contralori | a | | | -1 | contraloriamoroleon15@hotmail.com | |
| Municipal) | 01445 450 | | 570001 ext.11 | | | |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVA | R PARA FINES D | E ACREDITACIÓN | N, INSPECCIÓN Y | VERIFICACIÓN (| CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | |
| | TAIN FINES D | | | A STATE OF THE STATE OF | CATA | |
| Solicitud y copia de INE | | OB | | | SELLO DE LA DIRECCION | |
| NOMBRE Y FIF | MA DEL DIRECT | UK | | | O SIDOS MEDICA PO | |
| 1 | | | | | 4/2 | |
| L.C. HOCIANT | TOR VELAZO | QUEZ | | | m 3 62 3 1 - / | |
| | ea de Catasti | | | | AREA DE CATASTRO | |
| Jete del Ar | ca ue catasti | | | | | |