

TRÁMITES

VISTOS BUENOS

“En congruencia con lo establecido en la Ley Nacional para Eliminar Trámites Burocráticos, se expide el siguiente formato”

DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE	Es la revisión municipal para confirmar que una actividad o instalación cumple requisitos o medidas de seguridad, antes de autorizar su operación.
--------------------------------	--

HOMOCLAVE O CLAVE	ACA-BPC-VBP-071
--------------------------	-----------------

FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO

- Ley General de Protección Civil
- Ley Estatal de Protección Civil
- Ley Orgánica Municipal

CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	Cuando una persona física o moral requiera iniciar o regularizar una actividad o instalación que, de acuerdo con la normatividad aplicable, requiera una revisión municipal previa a su autorización o funcionamiento.
--	--

TIPO DE SERVICIO CIUDADANO / EMPRESARIAL	Empresarial
---	-------------

TIPO DE SOLICITUD DEL SERVICIO

ESCRITO LIBRE (X)

FORMATO TIPO ()

OBJETIVO	INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN La inspección confirma que la actividad o instalación cumple físicamente con los requisitos antes de autorizarla, garantizando condiciones reales de seguridad y legalidad.
CONTACTO INSPECTOR / VERIFICADOR	Personal adscrito a la Dirección Ecología del Ayuntamiento, debidamente acreditado.
HORARIOS DE ATENCIÓN	24 horas

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA	ORIGINAL	COPIA
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA DE ACUERDO AL TRÁMITE, EJEMPLO:		
Cumplir con la inspección	X	
Licencia de funcionamiento	X	

NÚMERO DE COPIAS	1 Copia por documento
-------------------------	-----------------------

PLAZO MÁXIMO DEL SUJETO OBLIGADO PARA RESOLVER EL TRÁMITE	30 días naturales
--	-------------------

COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO	MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA
N/A	
N/A	
N/A	

VIGENCIA DEL SERVICIO A OBTENER	1 año
--	-------

DIRECCIÓN RESPONSABLE	DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS
	Bomberos y Protección Civil

HORARIOS DE ATENCION AL PUBLICO	24 horas
--	----------

CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O PRESTACIÓN DEL SERVICIO
DESCRIPCIÓN BREVE: La revisión deberá realizarse conforme a los requisitos y disposiciones establecidos en la normatividad municipal estatal aplicable, verificando que la actividad o instalación cumpla con las condiciones y requisitos necesarios para su autorización y funcionamiento.

LUGAR DONDE SE REALIZA EL SERVICIO	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO	Anacristi Ricaño Islas
DIRECCIÓN	Bomberos y Protección civil
DOMICILIO	Calle José Vasconcelos s/n col. centro 43540
NUMERO TELEFONICO	7757422229
CORREO ELECTRONICO	proteccioncivil@acatlanhidalgo.gob
CONTACTO PARA DUDAS Y SUGERENCIAS	proteccioncivil@acatlanhidalgo.gob

