



REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS

|  Registro de Trámites y Servicios Municipio de San José Iturbide, Guanajuato.  | | | |
|---|-----------|---|--|
| HOMOCLAVE | SII-DC-06 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 20-ene-26 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| EXPEDICION DE COPIA DE PLANO | | | |
| PLASMAR EN PAPEL LA REPRESENTACION GEOGRAFICA DE GRANDES EXTENCIONES DE TERRITORIO DE ESTA CIUDAD | | | |
| II. MODALIDAD. | | | |
| no aplica | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| Ley de Ingresos para el Municipio de San José Iturbide, Guanajuato, para el ejercicio fiscal 2026 | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | |
| SI SE ENCUENTRA EL PLANO EN LA DEPENDENCIA, ACREDITAR LA PERSONALIDAD JURIDICA PARA RECIBIR DICHA INFORMACION (en caso de planos de decreto únicamente al delegado de dicha comunidad) | | | |
| PASOS | | | |
| 1.-solicitar por escrito la información requerida | | | |
| 2.- esperar 5 días hábiles para recoger la respuesta a su solicitud en caso de que se cuente con dicho plano | | | |
| 3.- hacer el pago en tesorería del plano | | | |
| 4.- recoger la información | | | |
| 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. | |
| 1.-solicitud por escrito | | | |
| 2.-copia de credencial de elector | | | |
| 3.- en caso de decreto acreditar ser el delegado. | | | |
| 4.- pago correspondiente | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | |
| el tramites se solicita presentando todos los documentos antes mencionados y un escrito libre | | | |
| VII. LINK PARA DESCARGA DE 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 LA PERSONA SERVIDORA PÚBLICA | | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
| ING. CHRISTIAN ALEJANDRO MONTES CORONEL | | 419 133 21 19 Ext. 701 y 702 | catastromunicipal33@gmail.com |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | |
| 5 días hábiles | | Afirmativa Ficta | NO |
| | | Negativa Ficta | NO |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | 5 días hábiles | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | | |
| XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO. | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | |
| \$151.14 | | NO APLICA | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | |
| hasta que no exista actualización cartográfica | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| que la solicitud sea claro y procedente | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS. | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD: | | Presidencia Municipal de San José Iturbide, Gto | |
| ÁREA O DEPARTAMENTO: | | Dirección de Catastro | |
| DOMICILIO (S): | | Plaza Principal #1, Zona Centro, San José Iturbide, Gto. | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | | |
| de lunes a viernes en un horario de 8:00 am a 4:30 pm | | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS. | | | |
| DOMICILIO (S): | | Plaza Principal #1, Zona Centro, San José Iturbide, Gto. | |
| | | 419 133 21 19 Ext. 701 y 702 | |
| | | catastromunicipal33@gmail.com | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | |
| DEPENDENCIA | | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
| Contraloría Municipal | | 419 133 21 19 Ext.740 | contraloriasanjoseiturbide@hotmail.com |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | |
| PLANO EMITIDO POR LA DEPENDENCIA Y/O ACUSE DE RECIBIDO | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR DE LA DIRECCIÓN. | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | |
| <p style="text-align: center;">ING. CHRISTIAN ALEJANDRO MONTES CORONEL Dirección de Catastro Municipal.</p> | | | |