



REGISTRO MUNICIPAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS CÉDULA DE INFORMACIÓN

NOMBRE:		TRÁMITE:	<input checked="" type="checkbox"/>	SERVICIO:
CERTIFICACIÓN DE COPIAS DE DOCUMENTOS DEL ARCHIVO MUNICIPAL				
DESCRIPCIÓN:		Código de la Cédula		
CONSISTE EN PROPORCIONAR AL CIUDADANO CERTIFICACIÓN				
FUNDAMENTO LEGAL:	ARTÍCULO 91 FRACCIÓN X DE LA LEY ORGÁNICA MUNICIPAL VIGENTE EN LA ENTIDAD MANUAL DE PROCEDIMIENTO			
DOCUMENTO A OBTENER:	CERTIFICACIÓN	VIGENCIA DEL DOCUMENTO A OBTENER:	3 MESES	
¿SE REALIZA EN LÍNEA?:	--	NO	DIRECCIÓN WEB	
CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE:	CUANDO LO SOLICITE EL CIUDADANO			
ESPECIFICAR SI ESTE TRÁMITE O SERVICIO ESTÁ SUJETO A INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN Y OBJETIVO DE LA MISMA				
REQUISITOS:	ORIGINAL anotar la palabra SI o NO	COPIAS anotar con número la cantidad de copias	FUNDAMENTO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO.	
PERSONAS FÍSICAS				
<ul style="list-style-type: none"> SER PROPIETARIO O TITULAR DEL DOCUMENTO LLENAR SOLICITUD POR ESCRITO CREDENCIAL DE ELECTOR 			ARTÍCULO 91 FRACCIÓN X DE LA LEY ORGÁNICA MUNICIPAL VIGENTE EN LA ENTIDAD	
PERSONAS JURÍDICO COLECTIVAS				
INSTITUCIONES PÚBLICAS				
PASOS A SEGUIR QUE DEBE DE REALIZAR EL CIUDADANO	EL CIUDADANO DEBE PRESENTARSE ANTE LA OFICINA DE LA SECRETARÍA DEL AYUNTAMIENTO			
PLAZO MÁXIMO DE RESPUESTA	5 MINUTOS			
COSTO:	\$ 92 LA PRIMERA HOJA	Fundamento Jurídico ART. 148 FRACCIÓN II INCISO A) Y B) CÓDIGO FINANCIERO DEL EDO. DE MÉX.		
FORMA DE PAGO:	EFFECTIVO	<input checked="" type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO	TARJETA DE DÉBITO
DÓNDE PODRÁ PAGARSE:	TESORERÍA MUNICIPAL			
OTRAS ALTERNATIVAS:				
CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE	AL NO PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EL TRÁMITE ES PRESENCIAL			
APLICACIÓN DE LA AFIRMATIVA FICTA	N/A			



DEPENDENCIA U ORGANISMO:				UNIDAD ADMINISTRATIVA RESPONSABLE:			
H. AYUNTAMIENTO DE ATIZAPÁN				SECRETARÍA DEL AYUNTAMIENTO			
TITULAR DE LA DEPENDENCIA:				LIC. GABINO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ			
DOMICILIO:	CALLE:	GUSTAVO BAZ			NO. INT. Y EXT.:	102	
COLONIA:	CENTRO			MUNICIPIO:	ATIZAPÁN		
C.P.:	52500	HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:			LUNES A VIERNES DE 9:00 A 15:00 Y DE 15:00 A 18:00 HRS.		
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
713	71313186 03				gabinohdz85@gmail.com		
OTRAS OFICINAS QUE PRESTAN EL SERVICIO							
OFICINA:							
NOMBRE DEL TITULAR DE LA OFICINA:							
DOMICILIO:	CALLE:				NO. INT. Y EXT.:		
COLONIA:				MUNICIPIO:			
C.P.:				HORARIO Y DÍAS DE ATENCIÓN:			
LADA:	TELÉFONOS:		EXTS.:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		
FORMATO(S) DESCARGABLES							
INFORMACIÓN ADICIONAL							
PREGUNTA FRECUENTE 1:							
RESPUESTA:							
PREGUNTA FRECUENTE 2:							
RESPUESTA:							
PREGUNTA FRECUENTE 3:							
RESPUESTA:							
TRÁMITES O SERVICIOS RELACIONADOS							

ELABORÓ: C. VERÓNICA GONZÁLEZ VARELA NOMBRE COMPLETO	VISTO BUENO: LIC. GABINO HERNÁNDEZ MARTÍNEZ NOMBRE COMPLETO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 21/06/2024.
--	---	--

