

<b>Unidad administrativa:</b>	Secretaría del Ayuntamiento
<b>Centro de Costos:</b>	Coordinación de Protección Civil.
<b>Trámite/Servicio:</b>	Visto Bueno para Establecimientos y Formulación y Emisión de Dictamen de Análisis de Riesgo.
<b>Clave:</b>	

<b>Núm. actualización</b>	15
<b>Fecha de actualización</b>	01/02/2024

<b>Trámite/Servicio:</b>	<b>Objetivo General del Trámite o Servicio:</b>		
Trámite	Realizar labores de inspección, control y vigilancia de los establecimientos y sus instalaciones, con el fin de que den cumplimiento a los señalado por las normas oficiales mexicanas de protección civil; así como inspección de domicilios particulares con el fin de emitir constancia de análisis de riesgo.		
<b>Dirigido a:</b>	<b>Tipo de Usuario:</b>	<b>Tipo de Resolución:</b>	
Sector urbano	Personas físicas y morales	Documento	
<b>Vigencia:</b>	<b>Tiene costo:</b>	<b>Costo en pesos:</b>	<b>Forma de pago:</b>
Anual	Sí	De \$3,257 a \$32,571	Efectivo, tarjeta de débito, crédito excepto American Express.
<b>Ámbito:</b>	<b>Tipo de Disposición Jurídica</b>	<b>Nombre de la disposición Jurídica</b>	<b>Artículo</b>
Municipal	Ley	Ley de Ingresos del Municipio de Victoria, Tamaulipas para el Ejercicio Fiscal del Año 2024.	37, Fracción I
<b>Criterios de Resolución</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Cumplir con lo señalado en las normas oficiales mexicanas para establecimientos.</li> <li>Verificación del cumplimiento de los requerimientos solicitados.</li> <li>Verificación de la boleta de pago expedida por la Tesorería Municipal para la obtención de la constancia de visto bueno o de dictamen de análisis de riesgo., el costo será de de 50 a 300 UMA's y dependerá de los ingresos del establecimiento, del riesgo que represente, del tamaño del mismo, de la cantidad de personas que laboren ahí, así como del estimado de visitantes.</li> </ol>			
<b>Requisitos:</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>Oficio o formato dirigido al coordinador de protección civil solicitando el ingreso y revisión.</li> <li>Para la obtención del VOBO de Protección Civil, se debe cumplir con los requerimientos que se les haga en la visita de inspección, es decir, cumplir con todas las medidas de Protección Civil, así como contar con un programa interno y realizar el pago de derechos. Una vez que se cumpla con todo, en 3 días máximo se les entrega el VOBO.</li> <li>Presentar copia del INE.</li> <li>Presentar copia de la documentación que acredite la propiedad del bien inmueble.</li> <li>Pago en Tesorería Municipal, sita en Calle Francisco I. Madero #102, Zona Centro, C.P. 87000.</li> </ol>			
<b>Domicilio:</b>	25 Doblado esq., s/n, Colonia 7 de Noviembre, Código Postal 87070.		
<b>Teléfono</b>	<b>Horario de atención</b>	<b>Días de atención</b>	
(834) 312 03 40	8:00 a 15:00 horas	Lunes a viernes	
<b>Correo electrónico:</b>	proteccioncivilvictoria@gmail.com		
<b>Tiempo de respuesta a partir de la recepción de todos los requisitos:</b>		<b>Formato de solicitud:</b>	
3 días (a partir que se cumpla con los requisitos).		Sí: <input checked="" type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	
<b>Enlace web:</b>	<a href="http://www.ciudadvictoria.gob.mx/mejora-regulatoria/">http://www.ciudadvictoria.gob.mx/mejora-regulatoria/</a>		

**FORMATO PARA SOLICITUD DE TRÁMITES Y/O SERVICIOS DE PROTECCIÓN CIVIL**

Ciudad Victoria, Tamaulipas., a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**COORDINADOR DE PROTECCIÓN CIVIL**

**PRESENTE.-**

Por medio de la presente solicito a usted el trámite abajo indicado, con el fin de obtener el documento y/o servicio correspondiente de Protección Civil, una vez cubiertos en su totalidad los requerimientos solicitados y haber realizado los pagos correspondientes.

Marque con una X los trámites y/o servicios solicitados:

<input type="checkbox"/>	Visto Bueno para Establecimientos y Formulación y Emisión de Dictamen de Análisis de Riesgo
<input type="checkbox"/>	Expedición de constancias por afectación
<input type="checkbox"/>	Validación del Programa de Protección civil
<input type="checkbox"/>	Revisión y autorización de planos
<input type="checkbox"/>	Servicios Especiales de Protección Civil
<input type="checkbox"/>	Traslados en ambulancia

Nombre de propietario, representante legal, y/o nombre de quien solicita el trámite y/o servicio

\_\_\_\_\_ Nombre comercial:

\_\_\_\_\_ Giro:

\_\_\_\_\_ Dirección:

\_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_

Entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Col. \_\_\_\_\_ Teléfono:

\_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN BREVE DE LO QUE SOLICITA

**NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE**