



DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

**SOLICITUD DE MOVIMIENTO PARA LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO**

DATOS GENERALES			
NOMBRE O RAZON SOCIAL:		REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES	
NOMBRE O DENOMINACION DEL ESTABLECIMIENTO SUJETO A TRAMITE:		SUPERFICIE DEL PREDIO M <sup>2</sup>	SUPERFICIE CONSTRUIDA M <sup>2</sup>
UBICACION: CALLE		USO BODEGA <input type="checkbox"/> COMERCIO <input type="checkbox"/> OFICINAS <input type="checkbox"/> INDUSTRIA <input type="checkbox"/>	
No. EXTERIOR E INTERIOR	COLONIA O POBLACION	CODIGO POSTAL	TELEFONO
SEÑALE DOMICILIO DENTRO DEL MUNICIPIO PARA RECIBIR NOTIFICACIONES:			
NOMBRE DEL APODERADO LEGAL (PERSONAS MORALES): DOMICILIO:			
ACTIVIDAD O GIRO PREPONDERANTE:			CLAVE CATASTRAL
FECHA DE INICIO DE OPERACIONES		TAMAÑO DE LA EMPRESA (SEGUN CRITERIOS DE SECOFI) <input type="checkbox"/> MICRO <input type="checkbox"/> PEQUEÑA <input type="checkbox"/> MEDIANA <input type="checkbox"/> GRANDE <input type="checkbox"/> MATRIZ <input type="checkbox"/> SUCURSAL <input type="checkbox"/> BODEGA	
TRAMITE SOLICITADO			
<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> RENOVACIÓN	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DENOMINACION O RAZON SOCIAL	
<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> CAMBIO DE GIRO	<input type="checkbox"/> DISMINUCION DE GIRO	
<input type="checkbox"/> CAMBIO DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/> AUMENTO DE GIRO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE ANUNCIO PUBLICITARIO	
<input type="checkbox"/> AUMENTO DE SUPERFICIE	No. DE CAJONES DE ESTACIONAMIENTO: _____		
ESPECIFICAR LOS CAMBIOS (EN SU CASO): _____			
PRESENTAR SOLO LOS REQUISITOS QUE SE INDICAN AL REVERSO PARA EL TRAMITE A REALIZAR			
TIPO DE ANUNCIO PUBLICITARIO			
<input type="checkbox"/> ADOSADO, PINTADO Y MURAL	<input type="checkbox"/> ESTRUCTURAL	<input type="checkbox"/> LUMINOSO	DIMENSIONES _____ m DE LARGO X _____ m. DE ANCHO
LEYENDA DEL ANUNCIO:		LUGAR DE INSTALACION DEL ANUNCIO	
DOMICILIO DEL ANUNCIO: CALLE		No. EXTERIOR E INTERIOR	
COLONIA O POBLACION		CODIGO POSTAL	
DATOS DEL PERITO			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)		REGISTRO DE PERITO	FECHA DE VENCIMIENTO
DOMICILIO PROFESIONAL: CALLE No. COLONIA O POBLACION		FIRMA	
MUNICIPIO	CODIGO POSTAL	TELEFONO	
SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL  _____ NOMBRE Y FIRMA		SELLO DE RECEPCION DE LA DEPENDENCIA	
<b>CONDICIONADO A QUE NO EXISTA NEGATORIA POR PARTE DE UNA DEPENDENCIA OFICIAL</b>			
LIQUIDACION (PARA USO EXCLUSIVO DEL H. AYUNTAMIENTO)			ORDEN DE PAGO No.:
RANGO DEL SECTOR CATASTRAL	FACTOR	PERIODO DE PAGO	
CONCEPTO		IMPUESTO SOBRE ANUNCIOS PUBLICITARIOS	OTROS IMPUESTOS O DERECHOS
IMPORTE			
RECARGOS			
MULTAS			
OTROS			
TOTAL A PAGAR	\$	\$	\$
NOTA: LOS ESPACIOS DE ESTE APARTADO QUE QUEDEN EN BLANCO, SERAN CANCELADOS POR EL PERSONAL RESPONSABLE DE REALIZAR LA BASE DE CALCULO DE LA LIQUIDACION			
ELABORO	AUTORIZO	RECIBIO	
_____ NOMBRE Y FIRMA	_____ NOMBRE Y FIRMA	_____ INTERESADO	

PARA USO EXCLUSIVO DEL AYUNTAMIENTO

**En el caso de alta, el presente formato no autoriza su funcionamiento**