

Formato de Solicitud de Trámites Estatales

BA-01

Fecha

día

mes

año

En caso de no utilizar algún campo, CANCELARLO

1.1 Seleccione el trámite que va a realizar (Marque con una "X" el trámite a realizar):

En el caso de los trámites para CANTINAS, se podrá seleccionar más de una opción

Determinaciones Sanitarias

- ☐ Solicitud de Determinación Sanitaria (1.4)
☐ Cambio de Ubicación de Cantina (1.6)
☐ Cambio de Propietario de Cantina (1.5)
☐ Baja Voluntaria (1.7)

1.2 Datos del Solicitante (Datos obligatorios para oír y recibir NOTIFICACIONES):

Nombre: _____
Carácter de: ☐ Propietario ☐ Representante / Apoderado Legal
☐ Otro (especifique) _____
Documento que lo acredita: ☐ Identificación Oficial Vigente con foto ☐ Carta Poder ☐ Acta Constitutiva
Teléfono Particular: _____ Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____

1.3 Datos Generales (Datos obligatorios):

Para el trámite 1.4 no aplican los campos de GIRO, EXPEDIENTE y FECHA DE VENCIMIENTO

Giro: _____ Expediente: _____
Propietario o Razón Social: _____
Denominación: _____ R.F.C.: _____
Dirección: _____
Col. / Fracc. : _____ Localidad: _____
Municipio: _____ Fecha de Vencimiento: _____

1.4 Solicitud de Determinación Sanitaria (Marque con una "X" el giro del establecimiento, seleccione solo una opción):

- ☐ Bar de Hotel ☐ Expendio de Cerveza
☐ Pizzería ☐ Licorería
☐ Cabaré ☐ Bodega y Distribuidora de Bebidas Alcohólicas
☐ Centro Nocturno ☐ Restaurante
☐ Discoteca ☐ Restaurante de Lujo

RUT: _____

- ☐ Sala de Recepciones
☐ Salón de Baile
☐ Tienda de Autoservicio Tipo A
☐ Tienda de Autoservicio Tipo B
☐ Video Bar

Nombre del Beneficiario (campo obligatorio): _____

1.5 Cambio de Propietario de CANTINA

Nuevo Propietario: _____

RUT: _____

1.6 Cambio de Ubicación de CANTINA

Nueva Dirección: _____
Colonia: _____ Fraccionamiento: _____ Teléfono: _____
Localidad: _____ Municipio: _____

RUT: _____

1.7 Baja Voluntaria

Motivo: _____

RUT: _____

1.8 Documentación Anexa (Todos los documentos presentados deberán estar a nombre de la misma persona física o moral y coincidir en la dirección solicitada para el establecimiento)

(a) Acreditar Personalidad Jurídica

Propietario (Seleccionar uno)

- ☐ Credencial de Elector (copia)
☐ Pasaporte (copia)

Representante / Apoderado Legal (Anexar todos)

- ☐ Credencial de Elector del Representante / Apoderado Legal (copia)
☐ Poder Notarial (copia) ☐ Acta Constitutiva de la Empresa (copia)

(b) Acreditar la Posesión y/o Propiedad Legal del Predio

- ☐ Escritura ☐ Contrato de Arrendamiento Vigente ☐ Certificado de Inscripción Vigente (6 meses)
☐ Contrato de Comodato Vigente ☐ Otro (especificar) _____

(c) Para los Trámites (1.4), (1.5) y (1.6)

- ☐ Carta de Antecedentes no Penales ☐ Constancia de Situación Fiscal ☐ Formato R1
☐ Uso de Suelo (para Mérida), con Comprobante de Pago ☐ Anuencia Municipal Autorizada en Sesión de Cabildo (Interior del Estado), con Comprobante de Pago ☐ Formato R2

(d) Para los Trámites (1.5), (1.6) y (1.7)

- ☐ Determinación Sanitaria Original

(e) Para el Trámite (1.5)

- ☐ Cesión de Derechos ante Notario Público

(f) Seleccione el Horario Deseado, sólo aplica para RS, RL y PZ (únicamente para el trámite 1.4)

- ☐ Diurno ☐ Nocturno ☐ Diurno y Nocturno

(g) Copia del Pago de Derechos ante Hacienda

- ☐ Derecho ☐ Sanción

1.9 Observaciones y Comentarios

1.10 Solicitud de Notificación Electrónica

De conformidad con lo establecido en el artículo 35 de la Ley Federal de Procedimientos Administrativos vigente, artículo 62 fracción II de la Ley de Actos y Procedimientos Administrativos del Estado de Yucatán vigente y con el objeto de facilitar y agilizar el seguimiento al presente acto de verificación sanitaria, yo _____ solicito de manera expresa recibir de forma electrónica a través de la dirección de correo electrónico _____ todas las comunicaciones y/o notificaciones sobre el seguimiento, resolución o cualquier otra decisión o requerimiento, que emane de la presente solicitud de trámite; por lo que me comprometo a revisarlo de manera permanente, mantenerlo con la capacidad (espacio virtual) suficiente para recibir mensajes y documentos; así como revisar siempre la bandeja de correos no deseados o "spam" para en su caso identificar algún correo electrónico emitido por esta autoridad sanitaria y que no haya ingresado a la bandeja principal de los correos electrónicos antes establecidos.

La presente autorización tendrá efectos a partir de esta fecha y hasta la notificación electrónica de la conclusión del procedimiento.

DECLARO BAJO FORMAL PROTESTA QUE TODOS LOS DATOS ASENTADOS SON VERDADEROS

1.11 Nombre y Firma

USO EXCLUSIVO DEL CIS

Sello

Propietario o Representante / Apoderado Legal

Hora de Recepción: _____ No. de Hojas: _____

Recibe: _____