



**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
MUNICIPIO DE CORTAZAR, GUANAJUATO**



<b>HOMOCLAVE</b>	MS-CTZ-AM-04	<b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b>	13-feb-25
------------------	--------------	-------------------------------	-----------

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.**  
**Solicitud de Repatriación de enfermos**  
 Información y/acompañamiento en el proceso para trasladar al migrante que se encuentra enfermo en E.U.A y necesita regresar a su lugar de origen, sin importar la causa de su enfermedad.

**II. MODALIDAD.**  
 Presencial

**III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.**  
 Art. 1 de la constitución política de los estados unidos mexicanos

**IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.**  
 Cuando el migrante que se encuentra enfermo en E.U.A y necesita regresar a su lugar de origen, sin importar la causa de su enfermedad

PASOS	
1.se reciben los documentos solicitados	3.la secretaria del migrante realiza el proceso
2.se llena el formato que nos hacen llegar la secretaria del Migrante y enlace internacional	4.Al llegar el enfermo es llevado al hospital o sanatorio según sea el caso para su valoración ,si es necesario se quedara internado o entregado a sus familiares

**V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.**  
 Nombre completo del enfermo, Nombre del hospital donde se encuentra internado o doctor que lo atiende, Historial clínico, incluyendo tratamiento que requiere el paciente, Nombre del familiar más cercano (padres, esposa o hijos) y carta responsiva y nombre completo de quien se hará responsable del enfermo hospital que recibirá al enfermo para su atención en el municipio.

**SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.**

**VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.**  
 Formato que nos hace llegar la secretaria del migrante y enlace internacional.

<b>VII. ENLACE DEL FORMATO.</b>	<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>
N/A	N/A

**VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.**  
 N/A

**IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

<b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
MARGARITA MORALES SANCHEZ	4111064238	<a href="mailto:migrantescortazar@gmail.com">migrantescortazar@gmail.com</a>

<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>	<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
Inmediata	Afirmativa Ficta	Negativa Ficta	X

<b>XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>	N/A
<b>PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.</b>	N/A

<b>XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.</b>	<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>
--	---

Sin costo	N/A
-----------	-----

<b>XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.</b>
--

N/A
-----

<b>XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>
---

N/A
-----

<b>XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO</b>
---

DEPENDENCIA O ENTIDAD	PRESIDENCIA MUNICIPAL CORTAZAR
AREA O DEPARTAMENTO	ATENCION A MIGRANTES
DOMICILIO (S)	Rayon altos 100 zona centro

<b>XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.</b>
---

LUNES A VIERNES DE 8:00 AM. A 3:00 PM.
--

<b>XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.</b>
--

DOMICILIO (S)	PORTAL CONSTITUCION No. 116, ZONA CENTRO, C.P. 38300, CORTAZAR, GUANAJUATO
TELEFONO (S)	4111603800
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:migrantescortazar@gmail.com">migrantescortazar@gmail.com</a>

<b>LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO</b>		
---	--	--

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA	4111603800	<a href="mailto:contraoria_cortazar@hotmail.com">contraoria_cortazar@hotmail.com</a>

<b>XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>
--

Copia del formato correspondiente con el sello de recibido por la secretaria del migrante y enlace internacional.
---

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
-----------------------------	------------------------

<p style="text-align: center;"><i>M.M.S</i> <i>Margarita Morales Sanchez.</i></p> <p style="text-align: center;">MARGARITA MORALES SANCHEZ COORDINADOR DE ATENCION A MIGRANTES</p>	
--	---

**ATENCIÓN A  
MIGRANTES**