



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



HOMOCLAVE	MS-CTZ-AM-08	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	13-feb-25
------------------	--------------	-------------------------------	-----------

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.

Situación jurídica (presos)

Que el solicitante conozca la situación jurídica del migrante detenido en presiones de estados unidos de norte américa.

II. MODALIDAD.

Presencial

III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Art, 1 de la constitución política de los Estados Unidos mexicanos, titulo primero, Capitulo 1 derechos humanos y garantías.

IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.

Quando el migrante se encuentra detenido en prisiones de estados unidos de norte américa.

PASOS

1.Formato de solicitud de apoyo para la secretaria del migrante y enlace internacional realice el proceso de búsqueda del migrante

2.la secretaria del migrante envía el caso a la dependencia correspondiente

V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.

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

Acta de nacimiento del detenido , Alias de la persona detenida si lo tiene o cambio de nombre , Nombre de la prisión y estado en el que se encuentra , Registro penitenciario de la persona de la persona detenida (si cuenta con ese dato) Acta de nacimiento y curp del solicitante , Parentesco de la persona para la que solicita ayuda , Dirección completa, comunidad y municipio al que pertenece y Teléfono al que se la pueda contactar (indicar si es caseta)

VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.

Formato de solicitud de apoyo para que la secretaria del migrante y enlace internacional realice el proceso de búsqueda del migrante

VII. ENLACE DEL FORMATO.

N/A

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

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.

NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
MARGARITA MORALES SANCHEZ	4111064238	migrantescortazar@gmail.com

X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.

Inmediata

FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN

Afirmativa Ficta

Negativa Ficta

X

XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.

N/A

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.

N/A

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

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

XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.
--

Indefinida

XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

N/A

XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO

DEPENDENCIA O ENTIDAD	PRESIDENCIA MUNICIPAL CORTAZAR
------------------------------	--------------------------------

AREA O DEPARTAMENTO	Coordinación de migrantes
----------------------------	---------------------------

DOMICILIO (S)	Rayón altos 100 zona centro
----------------------	-----------------------------

XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.

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

XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.
--

DOMICILIO (S)	Rayón altos 100 zona centro
----------------------	-----------------------------

TELEFONO (S)	4111064238
---------------------	------------

CORREO ELECTRÓNICO (S)	migrantescortazar@gmail.com
-------------------------------	--

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
--------------------	-----------------	---------------------------

CONTRALORIA	4111603800	contraoria_cortazar@hotmail.com
-------------	------------	--

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

Formato enviado a la secretaria del migrante y enlace internacional con el sello de recibido
--

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

M. M. S Margarita Morales Sanchez.	
---------------------------------------	--

MARGARITA MORALES SANCHEZ COORDINADOR DE ATENCION A MIGRANTES	ATENCIÓN A MIGRANTES
--	-----------------------------