



REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
MUNICIPIO DE CORTAZAR, GUANAJUATO



<b>HOMOCLAVE</b>	MT-CTZ-PADNNA-06	<b>HA DE ACTUALIZACION</b>	23-abr-26
<b>I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>			
ATENCIÓN DE DENUNCIAS POR VULNERACIÓN O RESTRICCIÓN DE DERECHOS			
Tiene como objetivo atender de manera pronta y segura, la vulneración de derechos de las niñas, niños y adolescentes,			
<b>II. MODALIDAD.</b>			
Presencial, anónimo, llamada telefónica, o correo institucional.			
<b>III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
Art. 11, Art. 82, y 98 fracciones II y XII, de la Ley general de Niñas, Niños y Adolescentes de Gto Art. 132 fracc. XI, Art. 314 y 316 de la Ley para el gobierno y administración de los municipios del Estado de Guanajuato.			
<b>IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.</b>			
Se lleva a cabo, cuando la niña, niño o adolescente, es vulnerado en sus derechos o es víctima de algún delito.			
<b>PASOS</b>			
1.- Levantar reporte	4.- Realizar visita domiciliaria		
2.- Aperturar expediente interno	5.- Brindar atención psicológica		
3.- Canalizar al área de trabajo social	6.- seguimiento hasta la restitución del derecho vulnerado.		
<b>V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.</b>		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACION, CERTIFICACION, AUTORIZACION O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE	
1.- Nombre completo del niño, niña o adolescente.		N/A	
2.- Nombre completo de (la o el) agresor y/o agresora, o		N/A	
3.- Dirección completa donde viven los niños, niñas o adolescentes		N/A	
4.- Número de contacto.		N/A	
<b>VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.</b>			
Otro medio ( expediente interno)			
<b>VII. ENLACE DEL FORMATO.</b>		<b>FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO</b>	
N/A		N/A	
<b>VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICA</b>			
Atender el reporte de manera pronta, con la finalidad de conocer el motivo por el cual fue vulnerado el derecho del niño, niña o adolescente, así como realizar una investigación de campo sobre el entorno social en el que viven los niños vulnerados.			
<b>IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.</b>			
<b>NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
LIC. CAROLINA CARRANCO CUEVAS	411-238-04-45	<a href="mailto:procuauxnacortzar@gmail.com">procuauxnacortzar@gmail.com</a>	
<b>X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.</b>	<b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b>		
	Afirmativa Ficta	SI	Negativa Ficta NO
<b>XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.</b>			
<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</b>	<b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b>		
GRATUITO	SIN COSTO		

**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.****XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Restitución de los derechos vulnerados ( cierre de expediente)

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO****DEPENDENCIA O ENTIDAD** Dif municipal**AREA O DEPARTAMENTO** Procuraduría Auxiliar de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes.**DOMICILIO (S)** Privada Rosales #501, col. San Francisco, Cortazar, Gto.**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

8:00 a.m. a 3:00 p.m. Lun - Vier.

**XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.****DOMICILIO (S)** Privada Rosales #501, col. San Francisco, Cortazar, Gto.**TELÉFONO (S)** 411-238-04-45**CORREO ELECTRÓNICO (S)** [procuauxnnacortzar@gmail.com](mailto:procuauxnnacortzar@gmail.com)**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
CONTRALORIA MUNICIPAL	411-119-1835	<a href="mailto:contraloria_cortazar@hotmail.com">contraloria_cortazar@hotmail.com</a>

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

N/A

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR	SELLO DE LA DIRECCIÓN.
 <b>LIC. CAROLINA CARRANCO CUEVAS</b> CURADORA AUXILIAR DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DE CORTAZAR, GTO.	

PROCURADURÍA AUXILIAR  
DE CORTAZAR, GTO.