



Registro de Trámites y Servicios
Municipio de Doctor Mora, Guanajuato



| | | | | | |
|---|-------------|--|--|--|------|
| HOMOCLAVE | DM-COM-S-02 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 13 | 1 | 2022 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Entrenamiento de algun deporte en especial | | | | | |
| Incrementar el rendimiento físico , mejorar la disciplina y la disminución de riesgos. | | | | | |
| II. MODALIDAD. | | | | | |
| Futbol, Voleybol, Basquetbol, Atletismo | | | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| El artículo 2 de este reglamento, así como regular el funcionamiento del organismo encargado del Área de cultura física y deporte en el municipio de Doctor Mora, Guanajuato. | | | | | |
| IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | | | |
| Para las intituciones a las que se les brinda las actividades fisicas | | | | | |
| PASOS | | | | | |
| 1.- Realizar la solicitud con 15 días de | | | | | |
| 2.- Realizr la activación física | | | | | |
| 3.- Tomar evidencias | | | | | |
| 4.- Llenar memorias | | | | | |
| 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. | |
| Nombre del deporte | | Elaborada por el solicitante | | | |
| Numero de personas que participan | | | | | |
| Horario | | | | | |
| Dias que se realizara el entrenamiento | | Elaborado por el solicitante y autorizado por Director de comude | | | |
| POR OTRO MEDIO. | | | | | |
| Formato de solicitud libre. | | | | | |
| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. | | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO | | |
| Ninguno | | | Ninguna | | |
| VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN. | | | | | |
| No aplica | | | | | |
| IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO | | TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO | |
| C. Ramiro Nolasco Duarte | | 4191930295 | | comudedmg@hotmail.com | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO. | | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | | |
| 1 día | | Afirmativa Ficta | NO | Negativa Ficta | SI |
| XI. PLAZO DE PREVENION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | | 15 días | | |
| PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN. | | | 1 día | | |
| XII.MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO | | | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO | | |

Ramiro Nolasco Duarte



8:30 am a 4:30 pm de lunes a viernes

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

| | |
|------------------------|--|
| DOMICILIO (S) | Calle Palacio Municipal s/n, Centro, Dr. Mora, Guanajuato |
| TELEFONO (S) | 419 19 30166 |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | contraloría.doctormora@gmail.com |

LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

| DEPENDENCIA. | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|--------------|--------------|--|
| Contraloría | 419 19 30166 | contraloría.doctormora@gmail.com |

VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.

Elaboración de memorias y firma, fotografías

NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA

SELLO DE LA DIRECCIÓN.

Ramiro Nolasco Duarte
C. Ramiro Nolasco Duarte
Director de COMUDE



COMUDE

Ramiro Nolasco Duarte

