



Registro de Trámites y Servicios  
Municipio de Doctor Mora, Guanajuato



HOMOCLAVE	DM-EMI-T-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	20	1	22
-----------	-------------	------------------------	----	---	----

I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.

REPATRIACION DE MIGRANTES/ENFERMOS

Este trámite es requerido por familiares de migrantes cuando un familiar que se encuentra enfermo fuera del país o que intento cruzar al extranjero y no lo logra no tiene como regresarse al municipio.

II. MODALIDAD.

Trámite para repatriación de personas

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

Artículo 13 apartado III capítulo 3 (los gastos relacionados con la repatriación de personas migrantes guanajuatenses enfermas, pudiendo incluir el apoyo a sus familiares directos, en relación al transporte y viáticos que incluya dicha repatriación). De los apoyos del programa camino seguro para migrantes para el ejercicio fiscal 2022 de las reglas de operación de la Secretaría del Migrante y Enlace Internacional.

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

Cuando un migrante se encuentre fuera del país y no tenga como regresar por cuestiones económicas

PASOS

1.-Elaboración de solicitud	4.- Monitoreo de traslado/reembolso
2.- Armado de expediente	5.- Enviar expediente completo
3.- Envío de documentos	6.- Monitoreo del caso

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.

Copia del acta de nacimiento del enfermo o migrante a repatriar.	N/A
Identificación del enfermo/repatriado	N/A
CURP del enfermo/ repatriado	N/A
Identificación del solicitante	N/A
CURP del solicitante	N/A
Estudio medico del enfermo/Carta de deportación según sea el caso	N/A

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

La solicitud se hace por escrito en el area de Atención al Migrante mediante formatos otorgados por la Secretaría del Migrante

VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO

N/A

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

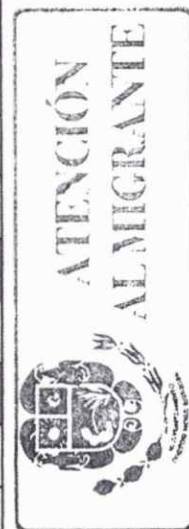
N/A

ATENCIÓN  
AL MIGRANTE




*[Firma manuscrita]*

IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
NOMBRE DE SERVIDOR PÚBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Ma. Del Carmen Juárez Hernández	4191930319	<a href="mailto:migrantesdr Mora21@gmail.com">migrantesdr Mora21@gmail.com</a>
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
1 A 8 DIAS	Afirmativa Ficta	NO
	Negativa Ficta	SI
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.	60 días	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.	60 días	
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.	ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
N/A	N/A	
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
N/A		
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Cumplir con los requisitos		
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS		
DEPENDENCIA O ENTIDAD	Presidencia municipal	
AREA O DEPARTAMENTO	Atención al migrante	
DOMICILIO (S)	Palacio municipal S/N, zona centro Doctor Mora, Gto.	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
De lunes a viernes de 8:30 AM A 4:30 PM		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVIO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	Calle Jardín Principal s/n, Centro, Dr. Mora, Gto	
TELÉFONO (S)	4191930166	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:contraloria@doctormoraguanajuato.gob.mx">contraloria@doctormoraguanajuato.gob.mx</a>	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría	419 19 30166	<a href="mailto:contraloria@doctormoraguanajuato.gob.mx">contraloria@doctormoraguanajuato.gob.mx</a>
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Acuse de solicitud		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN.



*(Handwritten signature)*

  
Ma. Del Carmen Juárez Hernández  
Atención al Migrante

Encargada



ATENCIÓN  
AL MIGRANTE