



Registro de Trámites y Servicios  
Municipio de Doctor Mora, Guanajuato



HOMOCLAVE	DM-SP-T-04	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	25	1	2022
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.					
SERVICIOS DE PANTEONES					
OBJETIVO					
Que el ciudadano solicitante cuente con su Permiso de Traslado de Cadáver					
II. MODALIDAD.					
Permiso de Traslado de Cadáver					
III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO.					
Artículo 15, Fracción IV de la Ley de Ingresos para el Municipio de Doctor Mora Gto., para el Ejercicio 2022.					
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.					
Se le otorga a toda la ciudadanía en general					
PASOS					
1. Acuden a Secretaría Particular a solicitar información y los requisitos			5. Verificar datos que proporciona el solicitante		
2. Entrega información y requisitos			6. Se realiza el pago en Tesorería Municipal		
3. Se recibe y verifican los requisitos			7. Entrega de Permiso de Traslado de Cadáver		
4. Elaboración de permiso					
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.		
1- Copia de acta de defunción.					
2- Copia de recibo de pago de Tesorería.					
3- Copia de credencial del familiar directo de quien recibe el servicio.					
4- Copia de la curp del familiar que requiere el servicio.					
5- Copia de comprobante de domicilio del familiar directo.					
6- Original de carta poder de la persona quien llevara a cabo el tramite.					
7- Copia de credencial del solicitante.					
8- Copia de la curp del solicitante.					
9- Copia de comprobante de domicilio del solicitante.					
VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.					
Formato elaborado por Secretaria de Presidencia					
VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.			FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO		
N/A			N/A		



*[Firma manuscrita]*

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 PÚBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Lic. Elizabeth Pérez Ramírez	419 19 30062	<a href="mailto:alcaldeedgarjavier2124@gmail.com">alcaldeedgarjavier2124@gmail.com</a>
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO.	FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
Ejercicio fiscal 2022	Afirmativa Ficta	NO
	Negativa Ficta	SI
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		Ejercicio fiscal 2022
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		Ejercicio fiscal 2022
XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.	ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
\$201.74	Tesorería Municipal, Dr. Mora	
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.		
Ejercicio fiscal 2022		
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 Dr. Mora	
ÁREA O DEPARTAMENTO	Secretaría Particular y Atención Ciudadana	
DOMICILIO (S)	Calle Palacio Municipal s/n, Centro, Dr. Mora, Guanajuato	
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.		
Lunes a Viernes de 08:30 a 16:30 horas		
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.		
DOMICILIO (S)	Calle Palacio Municipal s/n, Centro, Dr. Mora, Guanajuato	
TELÉFONO (S)	419 19 301 66	
CORREO ELECTRÓNICO (S)	<a href="mailto:contraloria@doctormora.gob.mx">contraloria@doctormora.gob.mx</a>	
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO		
DEPENDENCIA.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
Contraloría Municipal	419 19 301 66	<a href="mailto:contraloria.doctormora@gmail.com">contraloria.doctormora@gmail.com</a>
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.		
Copia de Permiso de Traslado de Cadáver, recibo de pago y expediente.		
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA		SELLO DE LA DIRECCIÓN.



*[Handwritten signature in blue ink]*

*[Handwritten signature in blue ink]*

Lic. Elizabeth Pérez Ramírez  
Secretaria Particular



SECRETARÍA  
PARTICULAR