



Registro de Trámites y Servicios 2023
Municipio de Moroleón, Gto.

| | | | | | |
|---|-----------------|---|--|-----------------------------------|--|
| HOMOCLAVE | MO-MM-08 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 13 | 1 | 2023 |
| I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Permiso para servicio extraordinario por día | | | | | |
| Es una anuencia que se otorga para realizar un servicio especial de transporte público | | | | | |
| II. MODALIDAD. | | | | | |
| Se realiza de manera presencial | | | | | |
| III. FUNDAMENTO JURÍDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| Artículos 271 y 272, fracción III del Reglamento de Movilidad para el Municipio de Moroleón, Guanajuato | | | | | |
| IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRÁMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO. | | | | | |
| Se realiza a petición de los concesionarios del transporte público en su modalidad de urbano y suburbano registrados en el municipio, para prestar un servicio especial | | | | | |
| PASOS | | | | | |
| 1.-Acudir a oficinas Jefatura de Movilidad | 4.- | | | | |
| 2.-Presentar requisitos. | 5.- | | | | |
| 3.-Realizar pago de derechos | 6.- | | | | |
| 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. 1 copia de la tarjeta de circulación | No se requiere. | | | | |
| 2. 1 copia de la credencial de elector | No se requiere. | | | | |
| 3. 1 copia de la Revista Mecánica | No se requiere. | | | | |
| 4. 1 copia del fideicomiso vigente | No se requiere. | | | | |
| 5. Realizar el pago de derechos | No se requiere. | | | | |
| VI. ESPECIFICAR SI EL TRÁMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO. | | | | | |
| Únicamente presentarse a solicitar el trámite | | | | | |
| VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO. | | | | | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO |
| No aplica | | | | | no aplica |
| 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 | |
| Rosa Isela Villagómez Reyes | | (445) 45 86509 | | transito@moreleon.gob.mx | |
| X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN | | |
| 1 día | | | Afirmativa Ficta | No | Negativa Ficta Si |
| XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL. | | | 1 día | | |
| 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 | | |
| \$295.10 | | | Barandilla Municipal | | |
| XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE. | | | | | |
| 1 mes | | | | | |
| XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| No aplica | | | | | |
| XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS | | | | | |
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | | Jefatura de Movilidad Municipal | | | |
| AREA O DEPARTAMENTO | | Jefatura de Movilidad Municipal | | | |
| DOMICILIO (S) | | Ceiba #114, Fracc. Prados Verdes, Moroleón, Gto | | | |
| XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. | | | | | |
| Horario de oficina de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas, horario para realizar pagos de derechos | | | | | |
| XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS. | | | | | |
| DOMICILIO (S) | | Ceiba #114, Fracc. Prados Verdes, Moroleón, Gto | | | |
| TELÉFONO (S) | | (445) 45 86509 | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | | transito@moreleon.gob.mx | | | |
| LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO | | | | | |
| DEPENDENCIA. | | TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO | |
| Organo del control interno | | 445 45 89222, 445 45 70001 ext. 115 | | contraloriamoreleon15@hotmail.com | |
| XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO. | | | | | |
| No aplica | | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DEL ÁREA | | | | SELLO DE LA DIRECCIÓN. | |
| Cmte. Alberto Antonio Arizaga García | | | | | |

