



**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO**



|                  |          |                               |           |
|------------------|----------|-------------------------------|-----------|
| <b>HOMOCLAVE</b> | TA-SA-03 | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> | 21-feb-25 |
|------------------|----------|-------------------------------|-----------|

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.**

**CONSTANCIA DE IDENTIDAD**

Documento que acredita que una persona es la misma cuando existe un error en dos documentos.

**II. MODALIDAD.**

Presencial

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

ARTICULO Particulo 137 Fracción VIII de la Ley para el Gobierno y Administración de los Municipios del Estado de Guanajuato, y el articulo 29 de la ley de ingresos para el

**IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.**

Quando el solicitante presente alguna diferencia en el nombre en dos documentos y necesita demostrar que se trata de la misma persona.

**PASOS**

|  |   |
|--|---|
| 1. Presentarse en las oficinas de Secretaria de Ayuntamiento                           | 4. Presentar recibo de pago realizado en Tesorería Municipal, ante el personal de Secretaria de Ayuntamiento. |
| 2. Presentar los documentos requeridos ante el personal de Secretaria de Ayuntamiento. | 5. Se le hace entrega de su constancia.   |
| 3. Pasar a realizar el pago correspondiente ante la Tesorería Municipal.               |   |

**V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.**

|   |  |
|---|--|
| 1. Presentar dos documentos diferentes en los que se demuestre el error de estos y se pueda | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE. |
| 2. Recibo de pago realizado en Tesorería Municipal  | SECRETARIA DE AYUNTAMIENTO   |

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

Formato escrito

**VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.**

No disponible

**FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO**

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.**

|                                   |                      |                                     |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
| <b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b> | <b>TELÉFONO</b>      | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>           |
| LIC. BÁRBARA MARTÍNEZ SÁNCHEZ     | 4666639500 Ext. 1203 | sayuntamientotarimoro2427@gmail.com |

**X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.**

Inmediato

**FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN**

|                         |                       |          |
|-------------------------|-----------------------|----------|
| <b>Afirmativa Ficta</b> | <b>Negativa Ficta</b> | <b>x</b> |
|-------------------------|-----------------------|----------|

**XI. PLAZO DE PREVENCION POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.**

Inmediato

**PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.**

Inmediato

**XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.**

\$62.38

**ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO**

Únicamente el pago se realiza en caja de Tesorería Municipal

**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

6 meses

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Cumplir 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** Secretaria de Ayuntamiento

**DOMICILIO (S)** Jardín Principal Número 1

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

9:00 Hrs a 15:00 Hrs de Lunes a Viernes

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

|                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| <b>DOMICILIO (S)</b>          | Jardín Principal Número 1           |
| <b>TELEFONO (S)</b>           |                                     |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO (S)</b> | sayuntamientotarimoro2427@gmail.com |

4666639500

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

|                       |                      |                             |
|-----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <b>DEPENDENCIA</b>    | <b>TELÉFONO</b>      | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>   |
| Contraloría Municipal | 4666639500 Ext. 1205 | Contraloria@tarimoro.gob.mx |

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

No aplica

**NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR**

Barbara Martinez S. *[Firma]*

**SELLO DE LA DIRECCIÓN.**







**REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS  
MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO**



|                  |          |                               |           |
|------------------|----------|-------------------------------|-----------|
| <b>HOMOCLAVE</b> | TA-SA-04 | <b>FECHA DE ACTUALIZACIÓN</b> | 21-feb-25 |
|------------------|----------|-------------------------------|-----------|

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.**

**CONSTANCIA DE DOMICILIO**

Documento que acredita el domicilio del solicitante

**II. MODALIDAD.**

Presencial

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

ARTICULO Particulo 137 Fracción VIII de la Ley para el Gobierno y Administración de los Municipios del Estado de Guanajuato, y el articulo 29 de la ley de ingresos para el

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

Quando el solicitante necesite comprobar su domicilio.

**PASOS**

1. Presentarse en las oficinas de Secretaria de Ayuntamiento
2. Presentar los documentos requeridos ante el personal de Secretaria de Ayuntamiento.
3. Se le hace entrega de su constancia.

**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. Presentar un comprobante de domicilio vigente | SECRETARIA DE AYUNTAMIENTO |
| 2. Identificación Oficial                        |                            |
|  |                            |
|  |                            |

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

Formato escrito

**VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.**

**FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO**

No disponible

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.**

|                                   |                      |  |
|-----------------------------------|----------------------|--|
| <b>NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO</b> | <b>TELÉFONO</b>      | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>  |
| LIC. BÁRBARA MARTÍNEZ SÁNCHEZ     | 4666639500 Ext. 1203 | <a href="mailto:sayuntamientotarimoro2427@gmail.com">sayuntamientotarimoro2427@gmail.com</a> |

**X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.**

**FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN**

|           |                         |                       |          |
|-----------|-------------------------|-----------------------|----------|
| Inmediato | <b>Afirmativa Ficta</b> | <b>Negativa Ficta</b> | <b>x</b> |
|-----------|-------------------------|-----------------------|----------|

**XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.**

PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.

Tramite gratuito

ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO

**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

6 meses

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Cumplir los requisitos

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS**

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| <b>DEPENDENCIA O ENTIDAD</b> | Presidencia Municipal      |
| <b>AREA O DEPARTAMENTO</b>   | Secretaria de Ayuntamiento |
| <b>DOMICILIO (S)</b>         | Jardín Principal Número 1  |

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

9:00 Hrs a 15:00 Hrs de Lunes a Viernes

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

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>DOMICILIO (S)</b>          | Jardín Principal Número 1   |
| <b>TELÉFONO (S)</b>           |   |
| <b>CORREO ELECTRÓNICO (S)</b> | <a href="mailto:sayuntamientotarimoro2427@gmail.com">sayuntamientotarimoro2427@gmail.com</a> 4666639500 |

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

|                       |                      |  |
|-----------------------|----------------------|--|
| <b>DEPENDENCIA</b>    | <b>TELÉFONO</b>      | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b>  |
| Contraloría Municipal | 4666639500 Ext. 1205 | <a href="mailto:Contraloria@tarimoro.gob.mx">Contraloria@tarimoro.gob.mx</a> |

**XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACION, INSPECCIÓN Y VERIFICACION CON MOTIVO DEL TRAMITE O SERVICIO.**



No aplica

**NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR**

Barbara Martinez S. *[Firma]*





|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS<br/>MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO</b> |  |
|---|---|---|

|           |          |                        |           |
|-----------|----------|------------------------|-----------|
| HOMOCLAVE | TA-SA-02 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 21-feb-25 |
|-----------|----------|------------------------|-----------|

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.**

**CONSTANCIA DE ORIGEN**

Documento que funciona como identificación a las personas que no cuenten con una identificación Oficial Mexicana y se encuentren fuera del país.

**II. MODALIDAD.**

Presencial (lo tramita un familiar directo).

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

ARTICULO PArtículo 137 Fracción VIII de la Ley para el Gobierno y Administración de los Municipios del Estado de Guanajuato, y el artículo 29 de la ley de ingresos para el

**IV. DECRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.**

Cuando la persona no cuente con una identificación y se encuentre fuera del territorio nacional.

**PASOS**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Presentarse en las oficinas de Secretaria de Ayuntamiento                           | 4. Presentar recibo de pago realizado en Tesorería, ante el personal de Secretaria de Ayuntamiento. |
| 2. Presentar los documentos requeridos ante el personal de Secretaria de Ayuntamiento. | 5. Se le hace entrega de su documento.  |
| 3. Pasar a realizar el pago correspondiente ante la Tesorería Municipal.               |   |

**V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.**

| REQUISITO  | SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE. |
|--|--|
| 1. Acta de Nacimiento original                                 | SECRETARIA DE AYUNTAMIENTO   |
| 2. Copias de credencial de elector de un familiar y un testigo |  |
| 3. Fotografía tamaño infantil                                  |  |
| 4. Pago realizado en Tesorería Municipal                       |  |

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

Formato escrito

**VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.**

No disponible

**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   |
| LIC. BÁRBARA MARTÍNEZ SÁNCHEZ | 4666639500 Ext. 1203 | <a href="mailto:sayuntamientotarimoro2427@gmail.com">sayuntamientotarimoro2427@gmail.com</a> |

**X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.**

Inmediato

**FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN**

|                  |                |   |
|------------------|----------------|---|
| Afirmativa Ficta | Negativa Ficta | x |
|------------------|----------------|---|

**XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.**

Inmediato

**PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.**

Inmediato

**XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.**

|          |  |
|----------|--|
| \$154.72 | ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO                           |
|          | Únicamente el pago se realiza en caja de Tesorería Municipal |

**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

6 meses

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Cumplir 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   | Secretaría de Ayuntamiento |
| DOMICILIO (S)         | Jardín Principal Número 1  |

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

9:00 Hrs a 15:00 Hrs de Lunes a Viernes

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

|                        |  |
|------------------------|--|
| DOMICILIO (S)          | Jardín Principal Número 1  |
| TELEFONO (S)           | 4666639500   |
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | <a href="mailto:sayuntamientotarimoro2427@gmail.com">sayuntamientotarimoro2427@gmail.com</a> |

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALIAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**


|                       |                      |  |
|-----------------------|----------------------|--|
| DEPENDENCIA           | TELÉFONO             | CORREO ELECTRÓNICO   |
| Contraloría Municipal | 4666639500 Ext. 1205 | <a href="mailto:Contraloria@tarimoro.gob.mx">Contraloria@tarimoro.gob.mx</a> |

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

No aplica

|   |  |
|---|--|
| <b>NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR</b>  | <b>SELLO DE LA DIRECCIÓN.</b>  |
|  |  |



|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <b>REGISTRO DE TRÁMITES Y SERVICIOS<br/>MUNICIPIO DE TARIMORO, GUANAJUATO</b> |  |
|---|---|---|

|           |          |                        |           |
|-----------|----------|------------------------|-----------|
| HOMOCLAVE | TA-SA-01 | FECHA DE ACTUALIZACIÓN | 21-feb-25 |
|-----------|----------|------------------------|-----------|

**I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.**

CONSTANCIA DE RESIDENCIA

Documento que funciona como identificación, cuando carece de una

**II. MODALIDAD.**

Presencial

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

Artículo 137 Fracción VIII de la Ley para el Gobierno y Administración de los Municipios del Estado de Guanajuato, y el artículo 29 de la ley de Ingresos para el Municipio de

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

Cuando el solicitante no cuente con una identificación vigente o sea menor de edad

**PASOS**

|   |   |
|---|---|
| 1. Presentarse en las oficinas de Secretaría de Ayuntamiento. | 4. Presentar recibo de pago realizado en Tesorería Municipal, ante el personal de Secretaría de Ayuntamiento. |
|---|---|

|  |   |
|--|---|
| 2. Presentar los documentos requeridos ante el personal de Secretaría de Ayuntamiento. | 5. Se le hace entrega de su constancia. |
|--|---|

|  |  |
|--|--|
| 3. Pasar a realizar el pago correspondiente ante la Tesorería Municipal. |  |
|--|--|

**V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.**

|                       |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Acta de nacimiento | SECRETARIA DE AYUNTAMIENTO |
|-----------------------|----------------------------|

|  |  |
|--|--|
| 2. Comprobante de domicilio no mayor a 2 meses |  |
|--|--|

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| 3. Fotografía tamaño infantil |  |
|-------------------------------|--|

|  |  |
|--|--|
| 4. Recibo de pago realizado en Tesorería Municipal |  |
|--|--|

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

Formato escrito

**VII. LINK PARA DESCARGA DE FORMATO.**

|               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
| No disponible | FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO |
|---------------|----------------------------------|

**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 PÚBLICO | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|----------------------------|----------|--------------------|

|                               |                      |  |
|-------------------------------|----------------------|--|
| LIC. BÁRBARA MARTÍNEZ SÁNCHEZ | 4666639500 Ext. 1203 | <a href="mailto:sayuntamientotarimoro2427@gmail.com">sayuntamientotarimoro2427@gmail.com</a> |
|-------------------------------|----------------------|--|

**X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.**

|           |   |  |  |
|-----------|---|--|--|
| Inmediato | <b>FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN</b> |  |  |
|-----------|---|--|--|

|  |                  |                |   |
|--|------------------|----------------|---|
|  | Afirmativa Ficta | Negativa Ficta | x |
|--|------------------|----------------|---|

**XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.**

|  |           |
|--|-----------|
|  | Inmediato |
|--|-----------|

**PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.**

|  |           |
|--|-----------|
|  | Inmediato |
|--|-----------|

**XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.**

|         |   |
|---------|---|
| \$62.38 | <b>ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO</b> |
|---------|---|

|  |  |
|--|--|
|  | Únicamente el pago se realiza en caja de Tesorería Municipal |
|--|--|

**XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.**

6 meses

**XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.**

Cumplir los requisitos

**XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO Y SUS DOMICILIOS**

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| DEPENDENCIA O ENTIDAD | Presidencia Municipal |
|-----------------------|-----------------------|

|                     |                            |
|---------------------|----------------------------|
| ÁREA O DEPARTAMENTO | Secretaría de Ayuntamiento |
|---------------------|----------------------------|

|               |                           |
|---------------|---------------------------|
| DOMICILIO (S) | Jardín Principal Número 1 |
|---------------|---------------------------|

**XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.**

9:00 Hrs a 15:00 Hrs de Lunes a Viernes

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

|               |                           |
|---------------|---------------------------|
| DOMICILIO (S) | Jardín Principal Número 1 |
|---------------|---------------------------|

|              |  |
|--------------|--|
| TELÉFONO (S) |  |
|--------------|--|

|                        |  |
|------------------------|--|
| CORREO ELECTRÓNICO (S) | <a href="mailto:sayuntamientotarimoro2427@gmail.com">sayuntamientotarimoro2427@gmail.com</a> |
|------------------------|--|

**LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO**

|             |          |                    |
|-------------|----------|--------------------|
| DEPENDENCIA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO |
|-------------|----------|--------------------|

|                       |                      |  |
|-----------------------|----------------------|--|
| Contraloría Municipal | 4666639500 Ext. 1205 | <a href="mailto:Contraloria@tarimoro.gob.mx">Contraloria@tarimoro.gob.mx</a> |
|-----------------------|----------------------|--|

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

Ninguna

**NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR**

*Barbara Martinez S. Ruiz*



