

CONSTANCIA DE NO INHABILITADO

Verificación por parte del Órgano de Control y Evaluación Gubernamental, que el solicitante no se encuentre inhabilitado para desempeñarse como Servidor Público en la Administración.

Requisitos:

- ✓ Nombre completo
- ✓ Nombre de la Dependencia u Organismo donde va a trabajar
- ✓ Lugar de Nacimiento
- ✓ Fecha de Nacimiento
- ✓ Estado Civil
- ✓ Domicilio Completo
- ✓ Profesión u Oficio
- ✓ Empleo anterior
- ✓ Copia de la Credencial de Elector

Costo: \$ 486.00 pesos

La unidad de medida y actualización (UMA) es una unidad de medida en pesos que se usa para calcular la cuantía de las obligaciones contempladas por las leyes federales, como multas e impuestos. El valor de la UMA 2020, vigente a partir del 1 de febrero de 2020, es de \$86.88 diarios.

Procedimiento:

- 1.-Acudir a realizar el trámite a las Oficinas del Órgano de Control y Evaluación Gubernamental ubicadas en calle 22 y 23, Avenida Serdán No.150 Col. Centro Interior de Palacio Municipal con los requisitos solicitados de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
- 2.-Llenará una solicitud de Constancia de No Inhabilitado.
- 3.-El Órgano de Control y Evaluación Gubernamental, emitirá un aviso de pago por el costo del trámite de la constancia el cual el solicitante deberá pagar en las oficinas de Tesorería Municipal ubicadas a espaldas del Auditorio Cívico Municipal Fray Ivo Tonek de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas.
- 4.-Una vez realizado el pago, presentará al Órgano de Control y Evaluación Gubernamental el recibo otorgado por Tesorería y éste a su vez, le hará la emisión de la Constancia de No Inhabilitado.

Aviso importante:

En caso de que el solicitante se haya encontrado Inhabilitado, se le informará de la improcedencia de su solicitud.

SOLICITUD DE CONSTANCIA DE NO INHABILITACION

**C. LIC. RODOLFO VALENZUELA BARRAZA
TITULAR DEL ORGANO DE CONTROL Y
EVALUACION GUBERNAMENTAL
PRESENTE.**

Por medio de la presente, le solicito, previo pago de los derechos correspondientes una **CONSTANCIA DE NO INHABILITACION.**

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA U ORGANISMO DONDE VA A TRABAJAR.

DATOS PERSONALES

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
------------------	-------------------------	-------------------------

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ **R.F.C. o C.U.R.P.** _____

DOMICILIO COMPLETO: _____

PROFESION U OFICIO: _____

EMPLEO ANTERIOR: _____

CREDENCIAL DE ELECTOR FOLIO: _____

TELÉFONO: _____

Declarando bajo protesta de decir verdad, no haber sido inhabilitado para desempeñar empleo, cargo o comisión en el servicio público por procedimiento de Responsabilidad Administrativa alguno, seguido por autoridad municipal, estatal o federal; asimismo que todos los datos personales son ciertos.

Firma del Solicitante

Fecha _____