



**Cédula de Trámites o Servicios Estatales (CETS)**

Dependencia:	Secretaría de Educación de Veracruz			Fecha de Actualización	06	07	18			
INFORMACIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO										
Clave de registro	Nombre del trámite o servicio			Modalidad						
SEV.19.136.0636	Reinscripción a los Programas de las Licenciaturas del Instituto Superior de Música del Estado de Veracruz			No Aplica						
¿El trámite o servicio corresponde a un Programa Presupuestario?				Si	No	Otro				
				X						
¿Quién debe o puede solicitar el trámite o servicio?	¿En qué casos se puede o debe solicitar el trámite o servicio?			Trámite		Servicio				
Alumnos de los programas de las licenciatura del Instituto Superior de Música del Estado de Veracruz	Cuando los aspirantes hayan concluido y aprobado el ciclo escolar inmediato anterior			Obligación	Conservación	Beneficio	Consulta	Inicio de procedencia		
						X				
				Costo:		\$2,500.00				
				Comprobante a obtener:		Arancel de Reinscripción				
¿Qué efectos tendría la eliminación de este trámite o servicio?				Tiempo de respuesta:		Inmediato				
El interesado perdería la matrícula como alumno del Instituto Superior de Música del Estado de Veracruz, además el Instituto dejaría de cumplir con su objetivo y por ende el Estado dejaría de percibir los ingresos de dicho trámite.				Vigencia:		Anual				
				Formato a utilizar:		Solicitud de Reinscripción				
				Derecho del usuario ante la falta de respuesta:						
Requisitos:				O	C	D	Afirmativa ficta	Negativa ficta	X	No aplica
1. Solicitud de reinscripción (este formato se proporciona en el área de atención)				1	1	0	Fundamento jurídico			
2. Ficha de depósito				1	1	0	<ul style="list-style-type: none"> <li>Art. 3 Fracc. XII y Art. 22 del Decreto de Creación del Instituto Superior de Música del Estado de Veracruz.</li> </ul>			
							De los requisitos:			
							Del tiempo de respuesta:			
							Del costo:			
O = Original, C = Copia y D = Digital										
INFORMACIÓN DEL ESPACIO DE CONTACTO AL CIUDADANO										
Entidad o Área responsable				Oficina en la que se realiza el trámite o servicio				Teléfono de la oficina		
Instituto Superior de Música del Estado de Veracruz				Subdirección Académica				01 (228) 819 36 48 y 818 36 49		
Ubicación de la oficina							Horario de atención al usuario			
Circuito Arco Sur No. 1, Col. Reserva Territorial, CP 91097, Xalapa Ver.							Lunes a Viernes 10:00 a 14:00 hrs. y 17:00 a 19:00 hrs.			

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*



**Cédula de Trámites o Servicios Estatales (CETS)**

INFORMACIÓN PARA CONSULTAS Y QUEJAS												
Nombre y cargo del responsable				Domicilio			Horario de atención		Teléfonos		Correo electrónico	
Consultas	L.A.E. Omar Rafael Morales González Analista Administrativo de Educación Continua y Servicios Escolares			Circuito Arco Sur No. 1, Col. Reserva Territorial, CP 91097, Xalapa Ver.			Lunes a Viernes 10:00 a 14:00 hrs. y 17:00 a 19:00 hrs		01 (228) 819 36 48 y 818 36 49		lsmev.subac@gmail.com	
Quejas	L.C. Gustavo Eduardo Ferra Torres Encargado del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Educación			Av. Vista Hermosa No. 12, Col. Loma Esmeralda C.P. 91193, Xalapa, Ver.			Lunes a viernes 09:00 a 15:00 hrs y 16:00 a 18:00 hrs.		01 (228) 812 36 58, 812 36 71 y 812 35 63		geferra@cgever.gob.mx	
INFORMACIÓN PARA TRAMITES Y SERVICIOS EMPRESARIALES												
Tamaño de la empresa				Actividad empresarial sujeta a este trámite o servicio			Propósito		Momento de la apertura			
Micro	Pequeña	Mediana	Grande	Industrial	Comercial	Servicios	Apertura	Operación	Constitución	Construcción	Instalación	
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN				CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN				FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN				
Mtro. Jorge Alberto Morales Álvarez				Director General del Instituto Superior de Música del Estado de Veracruz								

FOLIO \_\_\_\_\_

SOLICITUD DE REINSCRIPCIÓN  
CICLO 2018-2019

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)

FOTO

CICLO

DOMICILIO PARTICULAR			
CALLE Y NUM.	C.P.	TELEFONO	CEL.

COLONIA	ESTADO	MUNICIPIO	LOCALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA	SEXO	EDAD	NACIONALIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO	CORREO ELECTRÓNICO

EN CASO DE EMERGENCIA FAVOR DE AVISAR A:  
NOMBRE COMPLETO

DOMICILIO PARTICULAR			
CALLE Y NUM.	C.P.	TELEFONO	TELEFONO ALT.

COLONIA	ESTADO	MUNICIPIO	LOCALIDAD

INSTRUMENTO: \_\_\_\_\_

XALAPA-EQUEZ., VERACRUZ A DE DE 2018