



REQUISITOS QUE SE DEBEN PRESENTAR POR DESGASTE, PÉRDIDA O ROBO DE ACREDITACIÓN DE DIRECTOR RESPONSABLE DE OBRA

1. **Solicitud de reposición**, en original y copia. (formato correspondiente).
2. **Acta de hechos** emitida por la fiscalía general del Estado de Oaxaca, en la que se declare la **pérdida o robo** de la acreditación.
3. **Copia de la credencial y del oficio de licencia** del DRO.
4. **Credencial original en mal estado**, únicamente en caso de reposición por desgaste o deterioro.
5. **Clave Única de Registro de Población**. (copia legible en formato vigente).
6. **Constancia de situación fiscal**, copia legible.
 - Vigencia no mayor a **tres meses** a la fecha de presentación del trámite.
 - El **domicilio fiscal** deberá estar ubicado dentro del **estado de Oaxaca**.
7. **Formato y comprobante de pago de derechos por reposición**, emitido por la Secretaría de Finanzas.
 - El comprobante deberá contener el **nombre completo del solicitante**.
 - Plataforma de pago: <https://siox.finanzasoxaca.gob.mx/pagos>

**El Trámite de Atención en el Padrón de Directores Responsables de Obra
¡Es Gratuito y Personal!
“Queda prohibida la intervención de intermediarios o gestores para cualquier
trámite.”**



INFRAESTRUCTURAS

SECRETARÍA DE INFRAESTRUCTURAS
Y COMUNICACIONES



ASISTENTE VIRTUAL
PADRÓN DE
DIRECTORES
RESPONSABLES DE
OBRA

FORMATO: Rqs.04.rpDRO

SOLICITUD DE REPOSICIÓN PARA DIRECTOR RESPONSABLE DE OBRA

Oaxaca de Juárez, Oax., a ____ de ____ de 2026

Mtro. Carlos Alberto Barahona Torres.

Jefe de la Unidad de Licitaciones.

PRESENTE.

Por derecho propio, respetuosamente solicito a usted, la reposición correspondiente de la credencial u oficio de Director Responsable de Obra en el Estado de Oaxaca, así mismo proporciono los siguientes datos:

Nombre: _____ **Genero:** M () F ()

Domicilio: _____
(CALLE, NUMERO, COLONIA Y MUNICIPIO)

Municipio: _____ **CP:** _____
(CÓDIGO POSTAL)

No. de DRO: _____ **Cédula Profesional:** _____ **Profesión:** _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Acepta que sus Datos de contacto (teléfono y correo electrónico) sean compartidos en el portal Institucional. SI () NO ()

Para dar cumplimiento a los lineamientos y requisitos señalados en los artículos 55, 65 y 67 del Reglamento de Construcción y Seguridad Estructural para el Estado de Oaxaca; así como los artículos 1, 2, 8 fracciones IV, VI, IX; 15, 16, 17, 18, 19 y 20 del Manual de Funcionamiento de la Comisión de Admisión de Directores Responsables de Obra en el Estado de Oaxaca; anexo la siguiente documentación:

NOTA: NO MARCAR USO EXCLUSIVO DEL ÁREA DE TRÁMITES DE DRO.

- ☐ ACTA CIRCUNSTANCIADA DE HECHOS POR ROBO O EXTRAVÍO DE LA CREDENCIAL DE DIRECTOR DE OBRA RESPONSABLE; EMITIDA POR LA FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO DE OAXACA.
- ☐ COPIA DE LA CREDENCIAL Y OFICIO DE DRO.
- ☐ CREDENCIAL ORIGINAL EN MAL ESTADO. (ÚNICAMENTE EN CASO DE REPOSICIÓN POR DESGASTE O DETERIORO)
- ☐ COPIA DE LA CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL. (VIGENTE NO MAYOR A TRES MESES A LA FECHA DE LA PRESENTACIÓN DEL TRÁMITE)
- ☐ COPIA DE LA CURP. (NUEVO FORMATO)
- ☐ COPIA DEL FORMATO Y COMPROBANTE DE PAGO DE DERECHOS POR REPOSICIÓN COMO DIRECTOR RESPONSABLE DE OBRA ANTE FINANZAS. (EL PAGO DEBERÁ CONTENER EL NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE)

OBSERVACIONES:

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERÍDICA Y QUE LOS DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑO SON AUTÉNTICOS, ASÍ MISMO ME HAGO RESPONSABLE QUE EL ARTÍCULO 230 DEL CÓDIGO PENAL PARA EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE OAXACA, ESTABLECE QUE SE IMPONDRÁ UNA PENALIDAD DE DOS MESES A DOS AÑOS DE PRISIÓN Y MULTA DE DIEZ A VEINTE DÍAS (SIC): I.- AL QUE PROPORCIONE A UNA AUTORIDAD DISTINTA DE LA JUDICIAL EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES O CON MOTIVO DE ELLAS, INFORMES O DATOS FALSOS; ESTOY ENTERADO QUE EN BASE AL ARTÍCULO 43 DE LA LEY DE JUSTICIA ADMINISTRATIVA DEL ESTADO DE OAXACA, EN LOS PROCEDIMIENTOS INICIADOS A INSTANCIA DEL INTERESADO, CUANDO SE PRODUZCA SU PARALIZACIÓN POR CAUSAS IMPUTABLES AL MISMO, LA SECRETARÍA PODRÁ DECRETAR LA CADUCIDAD DE SU SOLICITUD Y POR ENDE EL ARCHIVO DE SU DOCUMENTACIÓN; MANIFIESTO QUE MIENTRAS NO INFORME MI CAMBIO DE DOMICILIO, ESTOY DE ACUERDO EN QUE TODAS LAS NOTIFICACIONES SE REALICEN EN EL MISMO DOMICILIO SEÑALADO EN ESTA SOLICITUD.

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE.

***Con bolígrafo tinta azul, punto mediano.**

Todos sus datos personales son tratados de acuerdo a la legislación aplicable y vigente en el Estado, por ello le informamos que usted tiene en todo momento los derechos (ARCO) de acceder, rectificar, cancelar u oponerse al tratamiento que le damos a sus datos personales.

Así mismo, le informamos que sus datos personales pueden ser tratados por autoridades federales, estatales o municipales en el ámbito de sus atribuciones cuando así sean solicitados.

SELLO Y FIRMA
(EXCLUSIVO ÁREA DE REGISTRO)

NOTA: EN CASO DE REQUISITAR ESTE FORMATO A MANO SERÁ CON TINTA AZUL