

Dirección General
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 30 de marzo de 2016.
NDE: 1719

RECIBO DE DONACIÓN

Recibí a mi entera satisfacción del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, en calidad de donativo, los apoyos que se describen a continuación:
Apoyo para pago de una placa parcial.

Aportando por mi cuenta (número y letra):
\$497.20 (Cuatrocientos noventa y siete pesos 20/100 M.N.) lo que corresponde al 45.2%

El Sistema Estatal DIF contribuyó con (número y letra):

Así mismo, declaro que el Sistema Municipal DIF contribuyó con (número y letra):
\$602.80 (Seiscientos dos pesos 80/100 M.N.) lo que corresponde al 54.8%

En el caso de que los bienes descritos anteriormente no se destinen al cumplimiento de los objetivos señalados por el Sistema Municipal DIF, este comunicará por escrito la revocación de la presente donación después de ser leído el contenido del presente recibo y estando de acuerdo los que en ella intervinieron, enterados de su contenido, fuerza y alcances legales se procede a ratificar y firmar el día: 30 de marzo de 2016

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

[Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Nombre del beneficiario:

José Eliseo Ángel Guevara y Pérez

Colonia: [Redacted]

C.P: 72210

[Redacted]

Firma del beneficiado y/o receptor del apoyo



Testigos de asistencia

Nombre: Lorena Sánchez Carmona

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

[Redacted]

Firma

Firma

FORM.655-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844432

Correo electrónico: 72210@pueblacapital.gob.mx
pueblacapital.gob.mx

Dirección General
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 04 de abril de 2016.
NDE: 291

RECIBO DE DONACIÓN

Recibí a mi entera satisfacción del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, en calidad de donativo, los apoyos que se describen a continuación:

Apoyo para pago de estudios de laboratorio (biometría hemática completa, química sanguínea completa, perfil lípidos: colesterol de alta y baja densidad, triglicéridos, perfil tiroideo: T3 total, T4 total, TSH y examen general de orina.

Aportando por mi cuenta (número y letra):
\$225.00 (Doscientos veinte cinco pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 25%

El Sistema Estatal DIF contribuyó con (número y letra):

Así mismo, declaro que el Sistema Municipal DIF contribuyó con (número y letra):
\$675.00 (Seiscientos setenta y cinco 00/100 M.N.) lo que corresponde al 75%

En el caso de que los bienes descritos anteriormente no se destinen al cumplimiento de los objetivos señalados por el Sistema Municipal DIF, este comunicará por escrito la revocación de la presente donación después de ser leído el contenido del presente recibo y estando de acuerdo los que en ella intervinieron, enterados de su contenido, fuerza y alcances legales se procede a ratificar y firmar el día: 04 de abril de 2016

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Domicilio: [Redacted]

Nombre del beneficiario:
Sandra Jessica Flores Aguilar

Colonia: [Redacted]

C.P.: 72587

Firma del beneficiado y/o receptor del apoyo

Testigos de asistencia

Nombre: [Redacted]

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Firma

Firma



FORM.655-A/SMDIF/0615

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
344433

Pueblacapital

Dirección General
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 06 de abril de 2016.
NDE: 205

**RECIBE DE CONFORMIDAD
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

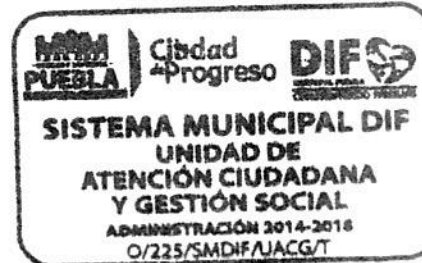
Domicilio:

Nombre del beneficiario:
Roberto Chávez Aguilar.

Colonia:

C.P: 72490

Firma



Entrega:

7 cajas de diálisis de 2.5 marca Baxter.
6 cajas de eritropoyetina humana recombinante (AMSA)) solución 4000 UI/mL inyectable con 6 frascos ampula de 1 ml.

AZUCENA MÉNDEZ GARCÍA
JEFA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANA Y GESTIÓN SOCIAL
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma

FORM.656-B/SMDIF/0316



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

C. P. 72490, Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, Pue., C. P. 72490, C. P. 72490

www.Pueblacapital.gob.mx

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 11 de abril de 2016.
NDE: 1985

RECIBO DE DONACIÓN

Recibí a mi entera satisfacción del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, en calidad de donativo, los apoyos que se describen a continuación:

Apoyo para pago de tanque de oxígeno oxivida móvil 68- 2 L

Aportando por mi cuenta (número y letra):

\$1,134.99 (Mil ciento treinta y cuatro pesos 50/100 M.N.) lo que corresponde al 50%

El Sistema Estatal DIF contribuyó con (número y letra):

Así mismo, declaro que el Sistema Municipal DIF contribuyó con (número y letra):

\$1,134.99 (Mil ciento treinta y cuatro pesos 99/100 M.N.) lo que corresponde al 50%

En el caso de que los bienes descritos anteriormente no se destinen al cumplimiento de los objetivos señalados por el Sistema Municipal DIF, este comunicará por escrito la revocación de la presente donación después de ser leído el contenido del presente recibo y estando de acuerdo los que en ella intervinieron, enterados de su contenido, fuerza y alcances legales se procede a ratificar y firmar el día: 11 de abril de 2016

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Nombre del beneficiario:

Maria de Lourdes Rodríguez Solís

Firma del beneficiado y/o receptor del apoyo

Domicilio:

Colonia:

C.P: 72920

Testigos de asistencia

Nombre: Lorena Sánchez Carmona

Domicilio:

Firma

Nombre:

Domicilio:

Firma



FORM.655-B/SMDIF/0316

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 21 de abril de 2016.
NDE: 452

RECIBO DE DONACIÓN

Recibí a mi entera satisfacción del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, en calidad de donativo, los apoyos que se describen a continuación:

Apoyo para pago de auxiliar auditivo tipo diadema con vibrador óseo modelo: BC1.

Aportando por mi cuenta (número y letra):

\$4,125.00 (Cuatro mil ciento veinti cinco pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 25%

El Sistema Estatal DIF contribuyó con (número y letra):

Así mismo, declaro que el Sistema Municipal DIF contribuyó con (número y letra):

\$12,375.00 (Doce mil trescientos setenta y cinco pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 75%

En el caso de que los bienes descritos anteriormente no se destinen al cumplimiento de los objetivos señalados por el Sistema Municipal DIF, este comunicará por escrito la revocación de la presente donación después de ser leído el contenido del presente recibo y estando de acuerdo los que en ella intervinieron, enterados de su contenido, fuerza y alcances legales se procede a ratificar y firmar el día: 21 de abril de 2016.

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

[Redacted]

Domicilio [Redacted]

Colonia [Redacted]

Nombre del beneficiario:

Selene Solange Sánchez de la Rosa

C.P: 72490

[Redacted]

Firma del beneficiado y/o receptor del apoyo

Testigos de asistencia

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

[Redacted]

Firma

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

[Redacted]

Firma



FORM.655-B/SMDIF/0316



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

www.Pueblacapital.gob.mx

Dirección General
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 21 de abril de 2016.
NDE: 452

RECIBE DE CONFORMIDAD
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

Selene Solange Sánchez de la Rosa

Colonia:

C.P.: 72490

Firma

Entrega:

Auxiliar auditivo tipo diadema con vibrador óseo modelo: BC1

AZUCENA MÉNDEZ GARCÍA
JEFA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN CIUDADANA Y GESTIÓN SOCIAL
SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma

FORM.656-B/SMDIF/0316



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

Cul. San Bartolomé Compendio C.P. 72500.

www.Pueblacapital.gob.mx

Dirección General
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 25 de abril de 2016.
NDE: **349**

RECIBO DE DONACIÓN

Recibo a mi entera satisfacción del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, en calidad de donativo, los apoyos que se describen a continuación:

Apoyo para pago de prótesis por debajo de codo izquierdo, con articulación de codo, unidad de antebrazo, copleé de muñeca, abrazadera tricipital y arnés en ocho.

Aportando por mi cuenta (número y letra):

\$6 750.00 (Seis mil setecientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 25%

El Sistema Estatal DIF contribuyó con (número y letra):

\$13.500.00 (Trece mil quinientos pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 50%

Así mismo, declaro que el Sistema Municipal DIF contribuyó con (número y letra):

\$6 750.00 (Seis mil setecientos cincuenta pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 25%

En el caso de que los bienes descritos anteriormente no se destinen al cumplimiento de los objetivos señalados por el Sistema Municipal DIF, este comunicará por escrito la revocación de la presente donación después de ser leído el contenido del presente recibo y estando de acuerdo los que en ella intervinieron, enterados de su contenido, fuerza y alcances legales se procede a ratificar y firmar el día: 25 de abril de 2016

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Nombre del beneficiario:

Benito González

Firma del beneficiado y/o receptor del apoyo

Domicilio

Colonia:

C.P: 72120



Testigos de asistencia

Nombre

Nombre

Domicilio

Domicilio

Firma

Firma



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
8 4 4 4 5 2

FORM.655-B/SMDIF/0316

El presente formato es de uso exclusivo de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social del Sistema Municipal DIF de la Ciudad de Puebla de Zaragoza.

www.Pueblacapital.gob.mx

Dirección General
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 25 de abril de 2016.
NDE: 83

RECIBO DE DONACIÓN

Recibi a mi entera satisfacción del Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia, en calidad de donativo, los apoyos que se describen a continuación:

Apoyo para pago de resonancia magnética lumbosacra simple.

Aportando por mi cuenta (número y letra):

\$280.00 (Doscientos ochenta pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 10%

El Sistema Estatal DIF contribuyó con (número y letra):

Así mismo, declaro que el Sistema Municipal DIF contribuyó con (número y letra):

\$2,520.00 (Dos mil quinientos veinte pesos 00/100 M.N.) lo que corresponde al 90%

En el caso de que los bienes descritos anteriormente no se destinen al cumplimiento de los objetivos señalados por el Sistema Municipal DIF, este comunicará por escrito la revocación de la presente donación después de ser leído el contenido del presente recibo y estando de acuerdo los que en ella intervinieron, enterados de su contenido, fuerza y alcances legales se procede a ratificar y firmar el día: 25 de abril de 2016

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Colonia:

[Redacted]

Nombre del beneficiario:

José Carlos Morán González

C.P.: 72150

Firma del beneficiado y/o receptor del apoyo

[Redacted]

Testigos de asistencia

Nombre:

[Redacted]

Nombre:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

[Redacted]

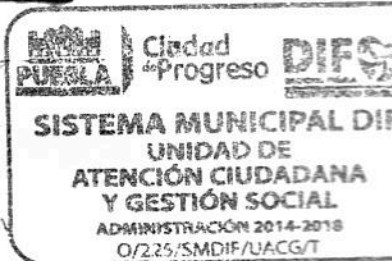
[Redacted]

[Redacted]

Firma

[Redacted]

Firma



FORM.655-B/SMDIF/0314



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
544452

www.Pueblacapital.gob.mx