

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 02 de marzo de 2016.
NDE: 133

**RECIBE DE CONFORMIDAD
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

[Redacted]

Domicilio:

Hidalgo 20

Nombre del beneficiario:

Gloria Zepeda Arce

Colonia:

[Redacted]

C.P.: 72900

Firma

[Redacted Signature]



Entrega:

4 cajas de diálisis de 1.5 marca baxter.

4 cajas de diálisis de 2.5 marca baxter.

2 cajas de eritropoyetina humana recombinante (Exetin - A) 4000 UI /MI con 6 frascos ampula de 1 ml.

102 Acreditado

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:

Corena Sánchez
Carmen

Nombre:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Firma

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

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 07 de marzo de 2016.
NDE: 222

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:
Estudio de laboratorio (biometría hemática completa, química sanguínea completa y perfil tiroideo: T3, T4, TSH)

Aportando por mi cuenta (número y letra):
\$165.00 (Ciento sesenta y 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):
\$495.00 (Cuatrocientos noventa 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: 07 de marzo de 2016.

Nombre de la persona que recibe el apoyo:
Cirila Romero Palomino

Domicilio: [Redacted]

Nombre del beneficiario:
Jocaved Vázquez Romero

Colonia: [Redacted]

C.P.: 72014

Firma del beneficiado y/o receptor del apoyo

Testigos de asistencia

Nombre: Lorena Sánchez Carmona

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Firma

Firma

FORM.655-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452



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 14 de marzo de 2016.
NDE:

**RECIBE DE CONFORMIDAD
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Nombre del beneficiario:

Alexander García Sandoval

Colonia:

[Redacted]

C.P. 72590

Firma



Entrega:

- 1 hoja para serratomo zimmer de 1.25 x 4.25 in.
- 1 caja de Tempra I.V. (Paracetamol solución de 1 gr. 10 mg/ml inyectable de 100 ml.
- 1 caja de Navontec (Ondansetrón) de 8 mg/4ml solución inyectable con 3 ampollitas.
- 4 cajas de M.V.I. 12 (Multivitamínico) solución inyectable de 5 ml.
- 1 Frasco de simi zero- carb protein (Suplemento alimenticio) de 450 gr.

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: Lorena Sánchez Carmona

Nombre:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Firma

Firma



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
544432

FORM.656-A/SMDIF/0615