

**CATÁLOGO DE SERVICIOS**

**H. AYUNTAMIENTO DE AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P.**

**ADMINISTRACIÓN 2021-2024**

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO		CLASIFICACIÓN	
TRASLADOS A CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSI Y ALTAMIRA		TRÁMITE	SERVICIO
			X
DESCRIPCIÓN/OBJETIVO		ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO	
TRASLADAR A PERSONAS DE SUJETAS DE ASISTENCIA SOCIAL A RECIBIR ATENCION MEDICA A CENTROS HOSPITALARIOS Y DE REHABILITACION DE CIUDAD VALLES, SAN LUIS POTOSI Y ALTAMIRA.		SMDIF CARRETERA AXTLA-AHUACATITLA KM 1, C.P. 79930 TEL. 483 1192549 CORREO ELECTRONICO: <a href="mailto:smdif2021-2024@outlook.com">smdif2021-2024@outlook.com</a>	
USUARIOS		HORARIO DE ATENCIÓN	
PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS EN SITUACION DE DESVENTAJA.		LUNES A VIERNES DE 8:00 A 15:00 HRS.	
FUNDAMENTO JURÍDICO		MODALIDAD	
ARTICULO 50 FRACCION III DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTADO Y MUNICIPIOS DE SAN LUIS POTOSI.		PRESENCIAL	EN LÍNEA
		X	X
TIEMPO DE RESPUESTA	COSTO	LUGAR PARA EFECTUAR PAGO	VIGENCIA
INMEDIATO	GRATUITO	NO REQUIERE PAGO	SIN VIGENCIA
REQUISITOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS			
PRESENTAR SOLICITUD Y AGRADECIMIENTO, 2 COPIAS DEL INE Y CURP DE LA PERSONA SOLICITANTE, 2 COPIAS DEL INE Y CURP DEL PACIENTE, 2 COPIAS DEL CARNET DE CITAS. SE ANEXAN FORMATOS A UTILIZAR.			
ÁREA DE ATENCIÓN A QUEJAS, ACLARACIONES O DENUNCIAS			
SMDIF CARRETERA AXTLA-AHUACATITLA KM 1, C.P. 79930 TEL. 483 1192549 CORREO ELECTRONICO: <a href="mailto:smdif2021-2024@outlook.com">smdif2021-2024@outlook.com</a>			
NOMBRE Y CARGO DEL RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN		Vo. Bo.	
LIC. NINFA RAQUEL LOPEZ RIVERA PRESIDENTA HONORARIA DEL SMDIF		ING. GREGORIO CRUZ MARTÍNEZ PRESIDENTE MUNICIPAL CONSTITUCIONAL	

+52 489 361 0684  
+52 489 3610004

[www.axtladeterrazas-slp.gob.mx](http://www.axtladeterrazas-slp.gob.mx)  
[info@axtladeterrazas-slp.gob.mx](mailto:info@axtladeterrazas-slp.gob.mx)

5 de Mayo #15, ZC CP 79932  
Axtla de Terrazas, S.L.P., MX



## FORMATO DE SOLICITUD DE TRASLADO

ASUNTO: Solicitud.

Axtla de Terrazas, S.L.P, A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

**Lic. Ninfa Raquel López Rivera**  
**Presidenta Honoraria del Sistema Municipal DIF.**  
**Axtla de Terrazas S.L.P**  
**Presente. -**

Por medio del presente el (la) C. \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona solicitante)

Paciente: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

Solicita a Usted su valioso apoyo para un traslado al: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

El día: \_\_\_\_\_ de ida y vuelta, de la localidad de \_\_\_\_\_  
ya que soy una persona de escasos recursos económicos.

**ATENTAMENTE**

C. \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona solicitante

+52 489 361 0684  
+52 489 3610004

[www.axtladeterrazas-slp.gob.mx](http://www.axtladeterrazas-slp.gob.mx)  
[info@axtladeterrazas-slp.gob.mx](mailto:info@axtladeterrazas-slp.gob.mx)

5 de Mayo #15, ZC CP 79932  
Axtla de Terrazas, S.L.P., MX



**ASUNTO: AGRADECIMIENTO DE TRASLADO.**

Axtla de Terrazas, S.L.P, A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

**Lic. Ninfa Raquel López Rivera**  
**Presidenta del Sistema Municipal DIF.**  
**Axtla de Terrazas S.L.P**  
**Presente**



Por medio del presente el (la) C. \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona solicitante)

Con domicilio en la localidad de: \_\_\_\_\_

Me permito manifestarle mi AGRADECIMIENTO por su valioso apoyo para trasladar al (la) C:

\_\_\_\_\_

DE: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_

El día: \_\_\_\_\_ .

**ATENTAMENTE**

C. \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona solicitante

+52 489 361 0684  
+52 489 3610004

[www.axtladeterrazas-slp.gob.mx](http://www.axtladeterrazas-slp.gob.mx)  
[info@axtladeterrazas-slp.gob.mx](mailto:info@axtladeterrazas-slp.gob.mx)

5 de Mayo #15, ZC CP 79932  
Axtla de Terrazas, S.L.P., MX

