

CATÁLOGO DE SERVICIOS
H. AYUNTAMIENTO DE AXTLA DE TERRAZAS, S.L.P.
ADMINISTRACIÓN 2021-2024

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO		CLASIFICACIÓN	
APOYOS CON MEDICAMENTO		TRÁMITE	SERVICIO
			X
DESCRIPCIÓN/OBJETIVO		ÁREA EN LA QUE SE REALIZA EL TRÁMITE O SERVICIO	
SURTIR DE MEDICAMENTOS (NO CONTROLADOS) A PERSONAS DE ESCASOS RECURSOS ECONOMICOS CUANDO NO LOS TENGAN EN SUS CLINICAS DE SALUD.		SMDIF CARRETERA AXTLA-AHUACATITLA KM 1, C.P. 79930 TEL. 483 1192549 CORREO ELECTRONICO: smdif2021-2024@outlook.com	
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	
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, ORIGINAL Y 2 COPIAS DE LA RECETA MEDICA ORIGINAL Y RECIENTE FIRMADA POR EL MEDICO. 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: smdif2021-2024@outlook.com			
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	

ASUNTO: SOLICITUD DE MEDICAMENTO

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)

De la comunidad de _____ solicito a Usted su
apoyo con el siguiente medicamento:

(Nombre de medicamento)

Ya que soy una persona de escasos recursos económicos.

Sin otro en particular y esperando una respuesta positiva, quedo de Usted.

ATENTAMENTE

C. _____

Nombre y firma de la persona solicitante

+52 489 361 0684
+52 489 3610004

www.axtladeterrazas-slp.gob.mx
info@axtladeterrazas-slp.gob.mx

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



ASUNTO: AGRADECIMIENTO MEDICAMENTO

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)

De la comunidad de _____ AGRADEZCO su apoyo
por el siguiente medicamento que me fue otorgado _____

(Nombre de medicamento)

Sin otro en particular, quedo de Usted.

ATENTAMENTE

C. _____

Nombre y firma de la persona solicitante

+52 489 361 0684
+52 489 3610004

www.axtladeterrazas-slp.gob.mx
info@axtladeterrazas-slp.gob.mx

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

