



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
DEL MUNICIPIO DE AGUASCALIENTES  
2017-2019



Comité DIF Municipal



H. AYUNTAMIENTO

Rev.:00  
Fecha de Rev.: 26 de julio de 2017

## GUÍA DE TRÁMITES Y SERVICIOS PÚBLICOS MUNICIPALES

No. de Rev.	Fecha de Revisión	Código
10	20 DE ENERO DE 2018	TA DGD 001
Elabora	Revisó	Aprobó
El/la Asistente de la Dirección General	Director/a General	Director/a General

### NOMBRE DEL TRÁMITE Y/O SERVICIO

**Apoyo de Pago de Cirugía**

### DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE

El/la solicitante acude personalmente a las oficinas del DIF Municipal con la documentación necesaria para iniciar su trámite de apoyo, es atendido/a por personal del departamento de Trabajo Social el cual le aplica estudio socioeconómico e integra un expediente, el cual turna a Dirección General; se realiza una carta compromiso que va dirigida al Hospital correspondiente, describiendo la cantidad a apoyar, firmada por el/la Director/a General así mismo el Hospital hace llegar la factura, para proceder al pago.

**Dirección/ Departamento / Área:** Dirección General.

**Responsable de Atender:** Director/a gral. del sistema para el desarrollo integral de la familia

**Responsable de Resolver:** Director/a gral. del sistema para el desarrollo integral de la familia

**Tipo de usuario:** Población del Municipio de Aguascalientes de escasos recursos económicos, sin recursos o desamparados.

**Documento o Servicio que se obtiene:** Carta compromiso dirigida al Hospital.

**Costo:** SIN COSTO

**Forma de Pago:** N/A

**Tiempo de Respuesta:** 2 a 3 días hábiles.

**Vigencia del Trámite o Servicio:** Sin vigencia.

### LUGAR EN DONDE SE REALIZARÁ EL TRÁMITE O SERVICIO

**Oficina(s) Responsable(s):** Dirección General

**Domicilio:** Av. Universidad no. 612, Col. Primo Verdad

**Teléfono(s):** 914-49-30 y 912-77-19 al 21 ext. 2128

**Correo electrónico:** [omonreal@ags.gob.mx](mailto:omonreal@ags.gob.mx)

**Horario de Atención:** 8:00 am a 3:30 pm

### REQUISITOS Y/O DOCUMENTOS

	ORIGINAL	COPIA
1.- Identificación oficial	N/A	1
2.- Comprobante de domicilio (reciente)	N/A	1
3.- CURP	N/A	1
4.- Diagnóstico Médico	1	N/A
5.- Cotización o costo de la cirugía	1	N/A
6.- Acta de nacimiento (en caso de que el/la paciente sea menor de edad)	N/A	1

### FORMATO(S) A LLENAR POR EL(LA) SOLICITANTE

- SOLICITUD DE APOYO

### COMENTARIOS

El apoyo no será de dinero en efectivo.

Este trámite se realiza en circunstancias de igualdad, libre de cualquier tipo de discriminación por razón de raza, sexo, religión, capacidad diferente, preferencia sexual y/o cualquier otro tipo de condición que atente contra la dignidad de las personas.



H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL  
DEL MUNICIPIO DE AGUASCALIENTES  
2017-2019



Comité DIF Municipal



**El corazón de México**  
H. AYUNTAMIENTO

## GUÍA DE TRÁMITES Y SERVICIOS PÚBLICOS MUNICIPALES

No. de Rev.	Fecha de Revisión	Código
10	20 DE ENERO DE 2018	TA DGD 001
Elabora	Revisó	Aprobó
El/la Asistente de la Dirección General	Director/a General	Director/a General

Rev.:00  
Fecha de Rev.: 26 de julio de 2017

### POLITICA

Tiene que haber un expediente por parte de Trabajo Social.

### FUNDAMENTO(S) JURIDICOS-ADMINISTRATIVO(S)

- Ley Municipal para el Estado de Aguascalientes, art. 145.
- Código Municipal de Aguascalientes, art. 98 y art. 100.
- Norma 07 de Control y manejo de los recursos para el otorgamiento de apoyos emitida por la Contraloría Municipal.

*Este trámite se realiza en circunstancias de igualdad, libre de cualquier tipo de discriminación por razón de raza, sexo, religión, capacidad diferente, preferencia sexual y/o cualquier otro tipo de condición que atente contra la dignidad de las personas.*