

## SERVICIO

### APOYO EN ESTUDIOS DE LABORATORIOS

*“EN CONGRUENCIA CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 7, CAPITULO III, FRACCIÓN VI Y XIII DE LA LEY DE ASISTENCIA SOCIAL PARA EL ESTRADO DE HIDALGO.”*

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO</b> | Se realiza expediente, orden y pago con los documentos probatorios de los estudios de laboratorio, que son requeridos para la mejora de la salud. |
|---------------------------------|---|

|                          |             |
|--------------------------|-------------|
| <b>HOMOCLAVE O CLAVE</b> | BPS-AEL-006 |
|--------------------------|-------------|

### FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO

*Artículo 7, capítulo III, fracción vi y XIII de la ley de asistencia social para el estrado de hidalgo, publicado 9 mayo de 2024”*

|   |  |
|---|--|
| <b>CASOS EN LOS QUE EL SERVICIO DEBE PROPORCIONARSE</b> | Cuando el ciudadano requiera estudios de laboratorio y que pertenezca a un grupo prioritario |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| <b>REQUISITOS</b>                               | Presentar documentación que acredite lo solicitado |
| <b>TIPO DE SERVICIO CIUDADANO / EMPRESARIAL</b> | Ciudadano  |
| <b>NÚMERO DE COPIAS</b>                         | Dos copias de cada documento                       |

### TIPO DE SOLICITUD DEL SERVICIO

|  |
|--|
| Escrito libre ( <input checked="" type="checkbox"/> )            |
| Formato tipo estudio socioeconómico ( <input type="checkbox"/> ) |

### INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| <b>OBJETIVO</b>                | N/A |
| <b>CONTACTO</b>                | N/A |
| <b>INSPECTOR / VERIFICADOR</b> | N/A |
| <b>HORARIOS DE ATENCIÓN</b>    | N/A |

### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

|                             | ORIGINAL | COPIA |
|-----------------------------|----------|-------|
| INE                         | X        | X     |
| CURP                        | X        | X     |
| Comprobante de Domicilio    | X        | X     |
| Acta de Nacimiento          | X        | X     |
| Orden Medica                | X        | X     |
| Fotografías de su Domicilio |          |       |

|  |                        |
|--|------------------------|
| <b>PLAZO MÁXIMO DEL SUJETO OBLIGADO PARA RESOLVER EL TRÁMITE</b> | De un día a una semana |
|--|------------------------|

| MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA                  |                   |
|--|-------------------|
| <b>COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO</b> | Servicio Gratuito |

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>VIGENCIA DEL TRÁMITE A OBTENER</b> | NO APLICA |
|---------------------------------------|-----------|

| DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>DIRECCIÓN RESPONSABLE</b>         | COORDINACIÓN DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <b>HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO</b> | Lunes a viernes de 8:30 am a 4:30 pm |
|--|--------------------------------------|

| CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se presenta el ciudadano a oficinas de bienestar y protección social para entrega de documentos y elaboración de estudio socioeconómico.</li> <li>• Se remite a dirección general del SMDIF para su autorización, posteriormente la coordinación de bienestar y protección social realiza orden dirigido para el laboratorio donde se llevará a cabo o finanzas realiza el pago por transferencia y el beneficiario puede asistir para su atención en el laboratorio asignado</li> </ul> |

| LUGAR DONDE SE PRESTA EL SERVICIO  |  |
|------------------------------------|--|
| <b>NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO</b> | Lic. Lilia Neri Méndez   |
| <b>DIRECCIÓN</b>                   | Coordinación de Bienestar y Protección Social  |
| <b>DOMICILIO</b>                   | Allende S/N Col. Centro C.P. 43800   |
| <b>NUMERO TELEFONICO</b>           | 56 27447656  |
| <b>CORREO ELECTRONICO</b>          | Bienestar_proteccion_social@diftizayuca.gob.mx   |
| <b>CONTACTO PARA QUEJAS</b>        | <a href="mailto:Organointernodecontrolsmdiftiz@gmail.com">Organointernodecontrolsmdiftiz@gmail.com</a> |

|  |   |
|--|---|
| <b>PUEDE CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN LA PÁGINA DEL SMDIF</b> | <a href="https://tizayuca.gob.mx/002.APRIVACIDAD.SIMPLIFICADO.TIZA.PDF">HTTPS://TIZAYUCA.GOB.MX/002.APRIVACIDAD.SIMPLIFICADO.TIZA.PDF</a> |
|--|---|