

TRÁMITE

APOYO DE CONVENIO DE NIÑO DIF

“En congruencia con lo establecido en la Ley Nacional para Eliminar Trámites Burocráticos, se expide el siguiente formato”

DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE	DOCUMENTO GENERADO PARA REALIZAR CONVENIO CON EL HOSPITAL DE NIÑO DIF, PARA REALIZAR DESCUENTO DEL 30% DE DESCUENTO EN EL MONTO TOTAL DE LA CUENTA CORRIENTE EN EL MOMENTO DEL ALTA DEL NIÑO Y NIÑA.
--------------------------------	--

HOMOCLAVE O CLAVE	SDIFM-ACND-030
--------------------------	----------------

FUNDAMENTO JURÍDICO Y REGLAMENTARIO

“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, PUBLICADO 9 MAYO DE 2024”

CASOS EN LOS QUE EL TRÁMITE DEBE REALIZARSE	CUANDO SE REALICE EL ALTA HOSPITALARIA EN “HOSPITAL DE NIÑO DIF” SIEMPRE Y CUANDO SU INGRESO FUE POR EL ÁREA DE URGENCIAS, EL PADRE O MADRE DEL NIÑO O NIÑA SOLICITA EL CONVENIO.
--	---

REQUISITOS	CONTAR CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
TIPO DE TRÁMITE CIUDADANO / EMPRESARIAL	ADMINISTRATIVO
NÚMERO DE COPIAS	2 COPIAS DE DOCUMENTOS SOLICITADOS

TIPO DE SOLICITUD DEL TRÁMITE

ESCRITO LIBRE ()
FORMATO TIPO (X)

INSPECCIÓN O VERIFICACIÓN

OBJETIVO	N/A
CONTACTO	N/A
INSPECTOR / VERIFICADOR	N/A
HORARIOS DE ATENCIÓN	N/A

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

	ORIGINAL	COPIA
HOJAS DE CUENTA CORRIENTE DE “HOSPITAL DEL NIÑO DIF”	X	
ACTA NACIMIENTO DEL NIÑO O NIÑA		X
CURP DEL NIÑO O NIÑA		X
INE DEL PADRE O MADRE		X
CURP DE LA PADRE O MADRE		X
COMPROBANTE DE DOMICILIO		X
FOTOGRAFÍAS DE LA VIVIENDA, UNA DE LA FACHADA Y TRES DEL INETRIOR	X	

PLAZO MÁXIMO DEL SUJETO OBLIGADO PARA RESOLVER EL TRÁMITE	INMEDIATA
--	-----------



MONTO Y FUNDAMENTO DE LA CARGA TRIBUTARIA	
COSTO, ÁREA DE PAGO Y FUNDAMENTO JURIDICO DEL COBRO	SERVICIO GRATUITO

VIGENCIA DEL TRÁMITE A OBTENER	SOLO POR UNA SOLA OCASIÓN "ALTA DEL PACIENTE"
--------------------------------	---

DIRECCIÓN Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS	
DIRECCIÓN RESPONSABLE	DIRECCIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL Y COORDINACIÓN DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL

HORARIOS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO	LUNES A VIERNES DE 8:30 AM A 4:30 PM
---------------------------------	--------------------------------------

CRITERIOS A LOS QUE DEBE SUJETARSE LA DEPENDENCIA PARA LA RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O PRESTACIÓN DEL SERVICIO
EL SOLICITANTE ASISTE A LA COORDINACIÓN DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL A SOLICITAR CONVENIO, MISMO QUE ES ENTREGADO AL MOMENTO, PARA SER PRESENTADO ANTE HOSPITAL DEL NIÑO DIF .

LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRÁMITE	
NOMBRE DEL SERVIDOR PÚBLICO	LIC. LILIA NERI MÉNDEZ
DIRECCIÓN	COORDINACIÓN DE BIENESTAR Y PROTECCIÓN SOCIAL
DOMICILIO	ALLENDE S/N COL. CENTRO C.P. 43800
NUMERO TELEFONICO	5567384959
CORREO ELECTRONICO	BIENESTAR_PROTECCION_SOCIAL@DIFTIZAYUCA.GOB.MX
CONTACTO PARA QUEJAS	ORGANOINTERNODECONTROLSMDIFTIZ@GMAIL.COM

PUEDE CONSULTAR EL AVISO DE PRIVACIDAD EN LA PÁGINA DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE DESARROLLO URBANO Y VIVIENDA	https://diftizayuca.gob.mx/aviso-de-privacidad/
---	---