

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 01 de Abril de 2016.  
NDE: 000440

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Domicilio:

ALVARO ENRIQUE RUIZ VERGARA  
beneficiario:  
MAGDALENA VERGARA ANZURES

Colonia:

C.P.

4 F R V  
Firma

Entrega:  
Una Silla de Ruedas # 20

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Rosales  
Firma

Concepción González  
Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615

**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 02 de Abril de 2016.  
NDE: 000449

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

AURELIA JIMÉNEZ SÁNCHEZ

Colonia:

C.P.

Firma

Entrega:  
Silla de ruedas

Azucena Méndez García

Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Sr. Luis Banck encarecidamente le  
suplico me otorgue una silla de ruedas  
para mi hijo Luis Eduardo Abucin Jiménez  
que padece Distrofia Muscular y el cual  
le servirá para sus terapias poderlo transportar  
a cree.

Le agradezco de Ante Mano el gran  
apoyo que nos otorg en virtud de que  
somos una familia de pocos recursos.

Recibi Silla nueva con sus accesorios de  
mi entera satisfaccion



Sra. Maria Consuelo Jimenez Aguila  
Fecha 2 de Abril de 1916

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 07 de Abril de 2016.  
**NDE:000275**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
**CARLOS FRAGOSO Y OREA**

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
**CARLOS FRAGOSO Y OREA**

Colonia: [REDACTED]

Firma

C.P.: [REDACTED]

Entrega:  
Aparato Auditivo

**Azucena Méndez García**  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 08 de Abril de 2016.  
**NDE: 000456**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

NOEMI CASTILLO LOPEZ

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

JESÚS EMMANUEL HERNÁNDEZ CASTILLO

Colonia:

C.P.

Firma

Entrega:  
Silla de Ruedas PCA

Azucena Méndez García

Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Domicilio:

Nombre:

Domicilio:

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615

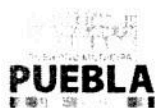


**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)





Ciudad  
de Progreso



Dirección General

Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 12 de Abril de 2016.

NDE:000309

RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

MARIA TERESA RAMIREZ PASTRANA

Nombre del beneficiario:

MARCELINA PASTRANA CRUZ

Firma

Domicilio:

Colonia:

C.P: 72520



Entrega:  
Silla de Ruedas

Azucena Méndez García

Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Domicilio:

Firma

Nombre:

Domicilio:

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
01 800 1 VIGILA  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)



Ciudad  
de Progreso



CONSTRUYENDO FAMILIAS

Dirección General  
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 12 de Abril de 2016.  
NDE: 000464

RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
PATRICIA CRUZ HERNANDEZ

Domicilio:

Nombre del beneficiario:  
SAMANTHA BAUTISTA CRUZ

Colonia:

Firma

C.P: 72573



Entrega:  
Silla de Ruedas PCI

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
01 800 1 VIGILA  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05  
[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 12 de Abril de 2016.  
NDE: 000317

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

CELINA TAPIA CASTILLO

*[Firma]*

Nombre del beneficiario:

ROGELIA CASTILLO GASPAR

Domicilio:

[Redacted]

Colonia:

[Redacted]

Firma

C.P:

[Redacted]



Entrega:  
Silla de Ruedas

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

[Redacted]

Nombre:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

*[Firma]*

Firma

*[Firma]*

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2



Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 14 de Abril de 2016.  
NDE: 000468

**RECIBE DE CONFORMIDAD**  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
GUILLERMINA RAMIREZ PALACIOS

Domicilio: [Redacted]

Nombre del beneficiario:  
ALIZON MARIANA VERA RAMIREZ

Colonia: [Redacted]

Firma

C. [Redacted]



Entrega:  
Silla de Ruedas #12

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [Redacted]

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Firma

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 14 de Abril de 2016.  
NDE: 000470

**RECIBE DE CONFORMIDAD**  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
ANGELICA MARÍA CORONA PÉREZ

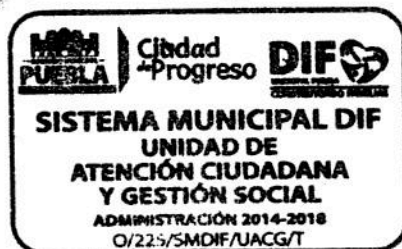
Domicilio:

Nombre del beneficiario:  
CÉSAR ROBERTO CORONA PÉREZ

Colonia:

Firma

C.P.



Entrega:  
Silla de Ruedas PCA

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
01 800 1 VIGILA  
8 4 4 4 5 2



Ciudad  
de Progreso



Dirección General  
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 15 de Abril de 2016.  
NDE: 000242

RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
MARIA GUADALUPE AVILA BAUTISTA

Domicilio: [Redacted]

Nombre del beneficiario:  
SOFIA BAUTISTA SÁNCHEZ

Colonia: [Redacted]

Firma

C.P. [Redacted]

Entrega:  
Silla de Ruedas

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [Redacted]

Nombre: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Domicilio: [Redacted]

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
01 800 1 VIGILA  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05  
[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 19 de Abril de 2016.  
NDE: 000495

RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

MARIA ELENA MEZA MEJIA

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

JOSÉ LUIS SÁNCHEZ ROMERO

Colonia:

Firma

C.P.

Entrega:  
Silla de Ruedas #20

Azucena Méndez García

Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx



Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 22 de Abril de 2016.  
**NDE: 000453**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Domicilio:

Nombre del beneficiario:  
ANGEL PLIEGO MÁRQUEZ

Colonia:

Firma

C.P: 72498

Entrega:  
Aparato Auditivo

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615

QUEJAS Y DENUNCIAS  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 22 de Abril de 2016.  
**NDE: 000490**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
JOSÉ LUIS BAEZ JUAREZ

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
JOSÉ LUIS BAEZ JUAREZ

Colonia: [REDACTED]

C.P.: [REDACTED]

*[Firma]*

Firma

Entrega:  
Aparato Auditivo

*[Firma]*  
Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:  
REYNA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ

Nombre:  
CYNTHIA KAREN LARA RODRIGUEZ

Domicilio:  
[REDACTED]

Domicilio:  
[REDACTED]

*[Firma]*

Firma

*[Firma]*

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)

PUEBLA

Ciudad  
de Progreso

**DIF**  
MUNICIPAL PUEBLA  
CONSTRUYENDO FAMILIAS

Dirección General  
Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 22 de Abril de 2016.  
NDE: 000496

**RECIBE DE CONFORMIDAD**  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

MARTIN CORTE FLORES

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

MARTIN CORTE FLORES

Colonia:

C.P.

Firma

Entrega:  
Aparato Auditivo

Azucena Méndez García

Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

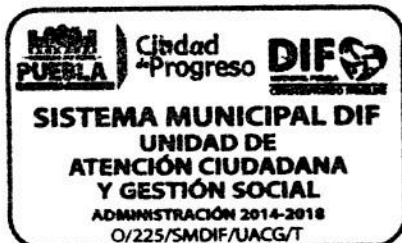
Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
01 800 1 VIGILA  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 25 de Abril de 2016.  
**NDE: 000475**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
**CONSUELO GONZALEZ RIVERA**

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
**JOSE JULIAN SALINAS GONZALEZ**

Colonia: [REDACTED]

Firma

C.P. [REDACTED]

Entrega:  
2 Aparatos Auditivos

**Azucena Méndez García**  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [REDACTED]

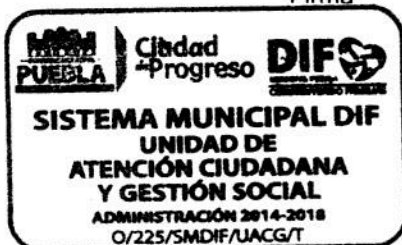
Nombre: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2



Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 22 de Abril de 2016.  
**NDE:000509**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
**DANIEL BERNARDINO RAMIREZ ESPINOZA**

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
**CATALINA ESPINOZA PEÑA**

Colonia: [REDACTED]

Firma

C.P. [REDACTED]

Entrega:  
Aparato Auditivo

**Azucena Méndez García**  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:  
[REDACTED]

Nombre:  
[REDACTED]

Domicilio:  
[REDACTED]

Domicilio:  
[REDACTED]

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 25 de Abril de 2016.  
**NDE: 000454**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
**ALEJANDRA VAZQUEZ LOPEZ**

Domicilio:

Nombre del beneficiario:  
**MARCO ANTONIO QUIAHUA ESPINDOLA**

Colonia:

Firma

C.P.

Entrega:  
2 Aparatos Auditivos

**Azucena Méndez García**  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 25 de Abril de 2016.  
**NDE: 000515**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
MARIA DE LOURDES MENDOSA SANTIAGO

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
RAFAELA MA GLORIA DE SANTIAGO SANTA  
MARIA

Colonia: [REDACTED]

C.P. [REDACTED]

Firma

Entrega:  
Silla de Ruedas #18

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2



Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 26 de Abril de 2016.  
**NDE: 000479**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
**MANUEL LOPEZ CAMACHO**

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
**MANUEL LOPEZ CAMACHO**

Colonia: [REDACTED]

*[Firma]*  
Firma

C.P. [REDACTED]

Entrega:  
Aparato Auditivo

*[Firma]*  
Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

*[Firma]*  
Firma

*[Firma]*  
Firma

**FORM.656-A/SMDIF/0615**





Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 26 de Abril de 2016.  
**NDE: 000480**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

PEDRO CASTILLO APORELA

Colonia:

Firma

C.P.

Entrega:  
Aparato Auditivo

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 26 de Abril de 2016.  
**NDE: 000512**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
**RAFAEL DEL VILLAR MONTAÑO**

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
**MARIA ISABEL CONZUELO MONTAÑO SOSA**

Colonia: [REDACTED]

Firma

C.P.: [REDACTED]

Entrega:  
Silla de Rueda #18

**Azucena Méndez García**  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

*[Firma]*  
Firma

*[Firma]*  
Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales  
en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 26 de Abril de 2016.  
NDE: 000513

RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
JOSE DELFINO JUAN PALAFOX Y AVILA

*Jose Delino Ju*

Nombre del beneficiario:  
JOSE DELFINO JUAN PALAFOX Y AVILA

Firma

Domicilio:

[Redacted]

Colonia:

[Redacted]

C.P.:

[Redacted]

Entrega:  
Aparato Auditivo

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

[Redacted]

Nombre:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Domicilio:

[Redacted]

Firma

Firma

FORM.656-A/SMDIF/0615



QUEJAS Y DENUNCIAS  
01 800 1 VIGILA  
8 4 4 4 5 2



Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 26 de Abril de 2016.  
**NDE: 000514**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

GRACIANA VILLEGAS RIVERA

*Graciana Villegas*

Nombre del beneficiario:

JERONIMO VILLEGAS MORALES

Domicilio:

Colonia:

C.P.

Firma

Entrega:  
Aparato Auditivo

*Azucena Méndez García*

Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

*Irene*

Firma

*[Firma]*

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615



**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)



Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 26 de Abril de 2016.  
**NDE: 000516**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:  
**TERESA REINA VALENCIA PERALTA**

Domicilio: [REDACTED]

Nombre del beneficiario:  
**HERMELINDA PERALTA HERNANDEZ**

Colonia: [REDACTED]

Firma

C.P. [REDACTED]

Entrega:  
Silla de Rueda #18

**Azucena Méndez García**  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre: [REDACTED]

Nombre: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Domicilio: [REDACTED]

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615

**QUEJAS Y DENUNCIAS**  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 27 de Abril de 2016.  
**NDE: 000358**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

PEDRO IGNACIO PÉREZ DÍAZ

Colonia:

Firma

C.P:

Entrega:  
Aparato Auditivo

Azucena Méndez García  
Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

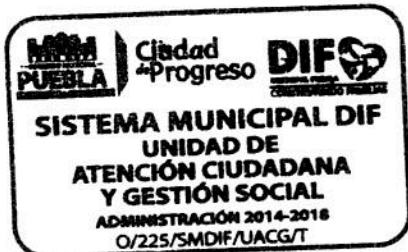
Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma



FORM.656-A/SMDIF/0615

QUEJAS Y DENUNCIAS  
**01 800 1 VIGILA**  
8 4 4 4 5 2

Avenida Cué Merlo No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 al 05

[www.DIF.Pueblacapital.gob.mx](http://www.DIF.Pueblacapital.gob.mx)

Aviso de Protección de Datos Personales  
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza a 27 de Abril de 2016.  
**NDE: 000295**

**RECIBE DE CONFORMIDAD  
(EL DONATARIO)**

Nombre de la persona que recibe el apoyo:

**LETICIA OSORIO LOPEZ**

Domicilio:

Nombre del beneficiario:

**FRANCISCO RAUL OSORIO HERNANDEZ**

Colonia:

Firma

C.P.:

Entrega:  
Silla de Ruedas #18

**Azucena Méndez García**

Jefe (a) de la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social  
Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia

Testigos de asistencia

Nombre:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Firma

Firma



**FORM.656-A/SMDIF/0615**



**QUEJAS Y DENUNCIAS  
01 800 1 VIGILA  
8 4 4 4 5 2**