

Gobierno del Estado de Puebla

Secretaría de Gobernación

Orden Jurídico Poblano

Reglas de Operación del Programa “Apoyos Medico-Hospitalario”



REFORMAS

Publicación	Extracto del texto
20/dic/2022	PUBLICACIÓN de las Reglas de Operación del Programa “Apoyos Medico-Hospitalario”, que emite el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal 2022.

CONTENIDO

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA “APOYOS MEDICO-HOSPITALARIO”	3
I. INTRODUCCIÓN	3
II. ANTECEDENTES	4
III. MARCO LEGAL	5
IV. GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
V. OBJETIVOS DEL PROGRAMA	8
VI. POBLACIÓN Y COBERTURA	8
VII. CARACTERÍSTICAS DE LOS APOYOS	8
VIII. DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES	11
IX MECÁNICA DE OPERACIÓN	12
X. CENTROS DE REINSERCIÓN Y CASAS DE ASISTENCIA	15
XI. INSTANCIAS PARTICIPANTES	16
XII. EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL	16
XIII. TRANSPARENCIA	17
ANEXOS	17
TRANSITORIOS	26
Solicitud de Apoyo (Anexo 2)	27
Formato de Estudio Socioeconómico (ANEXO 3)	28
Formulario de Consentimiento Expreso del Titular para el Tratamiento de Datos Personales Sensibles (Anexo 4)	30
Formato de Recibo de Donación (Anexo 5)	31

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA “APOYOS MEDICO-HOSPITALARIO”

HOJA DE IDENTIFICACIÓN

Elabora y Valida	Autoriza
JORGE ALBERTO BENÍTEZ SAMANIEGO	DENISSE ORTIZ PÉREZ
Titular de la Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social	Titular de la Unidad de Asistencia Social y Salud
Rúbrica.	Rúbrica.

I. INTRODUCCIÓN

Según Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en su estudio “Medición de la Pobreza de 2008 a 2018” en el Estado de Puebla, el 58.9% de la población vive en pobreza, mientras que el 8.6% de la población vive en situación de pobreza extrema.

De acuerdo a Ley de Asistencia Social, este grupo de personas son beneficiarios de los apoyos del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, en sus necesidades de salud más inmediatas, que, ante la presencia de una enfermedad o accidente, requieren del apoyo para solventar o aminorar un padecimiento que pone en riesgo su vida.

Debido a la demanda de apoyo económico de la población más vulnerable, se observa la necesidad de que el programa de apoyos médico-hospitalarios llegue a la mayor cantidad posible de dicha población, en los 217 Municipios que conforman el Estado de Puebla.

En este sentido, a través de la Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social y mediante el Departamento de Inclusión Social, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, opera el Programa Apoyos Médico-Hospitalario, quién a su vez, en coordinación con las Delegaciones Regionales de este Sistema, lo ejecutan en los Municipios del Estado de Puebla para hacer llegar los apoyos a las zonas más vulnerables.

Las presentes Reglas de Operación del Programa de Apoyos Médico-Hospitalarios, tienen como finalidad, dar a conocer la forma en que se ejecutará, exponiendo los objetivos generales y las políticas de operación que se manejan en éstos.

Se citan los antecedentes, el marco legal en que se soportan las actividades del programa y la población que se busca beneficiar.

Se trata de un programa dinámico, dado que se adecua de acuerdo a las necesidades de Salud en el Estado.

II. ANTECEDENTES

Desde los antecedentes precolombinos hasta la promulgación de la Constitución Mexicana de 1917, se puede apreciar como la idea de caridad ha evolucionado, institucionalizándose hasta lo que hoy es conocido como asistencia social, entendida ésta, como una responsabilidad del Estado Mexicano que va más allá de lo social, llegando a lo ético.

De aquí nace la necesidad de originar una institución u organismo con la función de conjuntar, organizar y regir la asistencia social, con esta idea se crea por decreto en enero de 1977, el entonces Instituto de Protección a la Infancia (INPI). Actualmente su nombre oficial es el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

Siendo que la asistencia social es obligación del Estado, permitió ampliar programas y servicios en el sentido de proveer de elementos compensatorios a los grupos vulnerables. En 1989 se crea el programa de Integración Social y Familiar, del cual depende el área de Apoyos Médicos-Hospitalarios, que enfoca sus acciones hacia la población más vulnerable y de escasos recursos, respondiendo a la creciente demanda de servicios estatales complementarios de ayuda asistencia, en el tema de Salud.¹

En el año 2002 se crea la sección de donaciones de Apoyos Médico-Hospitalario como tal y se redefinen sus funciones, con la finalidad de tener plenamente identificados el tipo de Apoyos otorgados, a los solicitantes con necesidades apremiantes de salud. A partir del año 2011 se plantean sus Reglas de Operación.

A partir de 2014 el Programa de Apoyos Médico-Hospitalarios dependen del Departamento de Inclusión.

En 2017 se crea la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad y Departamento de Inclusión Social.

En marzo del 2020 se cambia el nombre de la Dirección de Atención a Personas con Discapacidad por el de Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social.

¹ Sotomayor, C. (2000). La Asistencia Social en México en los últimos 25 años del siglo XX. *Revista Jurídica de la Escuela Libre de Derecho de Puebla*, 1(2).

En junio del 2020, se integra el apoyo a personas que requieren sesiones de hemodiálisis.

Con fecha 29 de junio del año en curso, mediante acuerdo 03/2ªORD/2022 que a la letra señala: "Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 52 fracción II de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla, 26 C fracción III de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social; y 12 fracción XI del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla, las y los integrantes de la Junta Directiva aprueban por unanimidad de votos las Reglas de Operación del Programa "Apoyos Médicos-Hospitalario".

III. MARCO LEGAL

- a) Artículos 1 y 8 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Vigente.
- b) Artículos 1, 5 y 24 fracción X de la Ley General de Salud. Vigente
- c) Artículos 1, 3, 13 y 50 fracción XVIII de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Vigente.
- d) Artículo 1, 23, 60 y 70 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública
- e) Ley de Asistencia Social. Vigente.
- f) Artículo 1, 7, 70, 82 y 108 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Vigente.
- g) Artículos 1, 8, 15, 16, 17, 20, 21 y 22 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público Estatal y Municipal
- h) Artículos 1, 2, 3, 11, 41 y 42 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla. Vigente.
- i) Artículos 1, 2, 4, 5, 6, 9, 13, 15, 16, 18 y 19 de la Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Puebla. Vigente.
- j) Artículos 1, 2, 4 apartado A fracción XVI, 5, 25, 26 fracción III y 29 fracciones X y XIII de la Ley Estatal de Salud. Vigente.
- k) Artículos 1, 2, 4, 15, 16 y 17 de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social. Vigente.
- l) Artículos 1, 2, 3, 5 fracción I, 6 fracción I, 7, 9, 10 y 16 de la Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla. Vigente.

m) Artículos 1, 2 fracción I, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 69, 71 y 77 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla. Vigente.

n) Artículos 1, 2, 3 fracción I, 9, 10, 11, 12, 13 al 20, 24, 32 al 37 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla. Vigente.

o) Artículo 1 al 13 Bis, y 14 fracción III de la Ley de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Puebla. Vigente.

p) Artículos 1, 2, 3 y 8 del Reglamento de la Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla. Vigente.

q) Artículo 1, 2, 3, 5 fracciones I, IV, IV.I, incisos d) y e), 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16 y 20 del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla. Vigente.

IV. GLOSARIO DE TÉRMINOS

a) Año fiscal: Período de 12 meses, correspondiente del 1 de enero al 31 de diciembre.

b) Discapacidad: Es la consecuencia de la presencia de una deficiencia o limitación física, mental o intelectual y sensorial en una persona, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

c) Enfermedad: Disfunción fisiológica, psicológica o social que presenta un individuo, la cual puede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico.

d) Estudio socioeconómico: método de indagación valorativa y clasificatoria cuanti-cualitativa de variables ponderadas, cuyo fin es descubrir en un sujeto las características que lo ubican en un nivel categórico estratificado, así como permitir el conocimiento de su entorno familiar, económico y social, para aproximar a los integrantes del equipo de salud (servidor público) a la realidad del usuario.

e) Estudios de gabinete: Procedimiento que requiere de un equipo especializado para brindar un diagnóstico, este tipo de estudio proporciona imágenes.

f) Estudios de laboratorio: Procedimiento médico que estudia una muestra de sangre, orina u otra sustancia del cuerpo con la finalidad de dar un diagnóstico y un tratamiento médico.

g) Hemodiálisis: Tratamiento médico que de manera artificial que elimina las sustancias tóxicas de la sangre, especialmente las que quedan retenidas por padecimiento de insuficiencia renal.

h) INSABI: Instituto de Salud para el Bienestar

i) Insumos diversos relacionados al área de la salud: Son aquellos que se utilizan en una cirugía, para curar heridas, para suministrar medicamento o para evaluar la función de algún órgano del cuerpo humano. Aportación porcentual en especie o pago a otorgar.

j) Material de Osteosíntesis: Intervención quirúrgica de fracturas óseas utilizando diferentes dispositivos por ejemplo placas, clavos, tornillos, renta de equipo.

k) Medicamento: Compuesto químico que se utiliza para curar, detener o prevenir enfermedades.

L) Población en situación de vulnerabilidad pobreza y pobreza extrema:

1. Vulnerabilidad Familiar (VF)
2. Vulnerabilidad Infantil y Nutrición (VS)
3. Vulnerabilidad por Condición de Género (VG)
4. Vulnerabilidad por Discapacidad y Adulto Mayor (VD)

m) Pobreza extrema: Una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando tiene tres o más carencias (rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación), dentro del Índice de Privación Social y que, además, se encuentra por debajo de la línea de bienestar mínimo. Las personas en esta situación disponen de un ingreso tan bajo que, aún si lo dedicase por completo a la adquisición de alimentos, no podría adquirir los nutrientes necesarios para tener una vida sana.

n) Pobreza: Una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al menos una carencia social (rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.

o) Prótesis quirúrgica: Son aquellas que requieren de una intervención quirúrgica, la cual va a sustituir total o parcialmente la función de una parte del cuerpo.

- p) RUD: Registro Único de Donación del SEDIF
- q) Salud: Es el completo bienestar físico y mental y no solo la ausencia de enfermedad.
- r) Vulnerabilidad: Se aplica para identificar aquellos núcleos de población y personas que por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impide alcanzar mejores niveles de vida.

V. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

a) Objetivo General

Brindar Apoyos Médico-Hospitalarios a la población vulnerable del estado de Puebla en materia de asistencia de acuerdo al artículo 4 de la Ley de Asistencia Social, y que cuenten con INSABI.

b) Objetivos Específicos

1. Otorgar el apoyo a los solicitantes de los 217 municipios del estado de Puebla basados en las necesidades de la población.
2. Contribuir a mejorar sus necesidades apremiantes de salud de la población en situación de vulnerabilidad.
3. Contribuir a mejorar la calidad de vida e integración social y laboral de las personas con discapacidad.

VI. POBLACIÓN Y COBERTURA

a) Población Objetivo

Población vulnerable en materia de asistencia de acuerdo al artículo 4 de la Ley de Asistencia Social que residan en el Estado de Puebla y que cuenten con INSABI.

b) Cobertura

Programa operado en los 217 Municipios del Estado de Puebla.

El trámite de estos apoyos se realiza en las Delegaciones Regionales del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla (SEDIF) correspondiente al Municipio donde radique el beneficiario o directamente en las oficinas del Departamento de Inclusión Social del SEDIF.

VII. CARACTERÍSTICAS DE LOS APOYOS

a) Tipo de apoyo

1. Medicamento: Aquellos que se encuentran en la tabla de medicamentos establecidos en estas reglas de operación o de acuerdo a las necesidades de cada paciente. (ANEXO 1)
2. Prótesis quirúrgica: Rodilla, cadera, hombro, brazo, las cuales cuentan con especificaciones y características de acuerdo a la necesidad del paciente, por su complejidad es necesario que la prótesis sea adquirida con el proveedor sugerido por el médico tratante.
3. Material de Osteosíntesis: Placas, clavos, tornillos, renta de equipo. Por su complejidad es necesario que dicho material sea adquirido con el proveedor sugerido por el médico tratante.
4. Estudios de laboratorio: Citometría hemática (CH), química sanguínea completa (QS), tiempos de coagulación (PT, PTT, TSH), pruebas de funcionamiento hepático (PFH), examen general de orina (EGO), urocultivo (URO), perfil tiroideo (PF), hemoglobina (Hb).
5. Estudio de Gabinete: Electrocardiograma (EKG), resonancia magnética (RMN), tomografía axial computada (TAC), radiografías (RX), electroencefalograma.
6. Hemodiálisis: Servicio de hemodiálisis.
7. Insumos diversos del área de la salud: bolsa de colostomía, cinta micropore, bolsa recolectora de orina, sonda Foley y Nelaton, agua oxigenada, pañales niño y adulto, guantes de latex esteriles, gasas, catéteres, solución salina al 9%, suplementos alimenticios, leche, concentrador de oxígeno, auxiliar auditivo tipo diadema.)

b) Montos de apoyo

La Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social (DIRS) dentro de sus atribuciones de planear, ejecutar, coordinar, supervisar la operación y cumplimiento de los programas, es quién determina el porcentaje de apoyo de acuerdo al estudio socioeconómico que se realiza al beneficiario y al presupuesto que se tenga asignado, de acuerdo al siguiente cuadro:

RANGO ²	PORCENTAJE DE APOYO
A/B	0%
C+	0%

² Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI)

C/C-	50%
D+/D	75%
E	100%

A/B: Es el segmento con el más alto nivel de vida del país. Este segmento tiene cubiertas todas las necesidades de bienestar y es el único nivel que cuenta con recursos para invertir y planear para el futuro.

C+: Es el segundo estrato con el más alto nivel de vida del país. Al igual que el anterior, este segmento tiene cubiertas todas las necesidades de bienestar, sin embargo tiene limitantes para invertir y ahorrar para el futuro.

C: Este segmento se caracteriza por haber alcanzado un nivel de vida práctica y con ciertas comodidades. Cuenta con una infraestructura básica en entretenimiento y tecnología.

C-: Los hogares con este nivel se caracterizan por tener cubiertas las necesidades de espacio y sanidad y por contar con los enseres y equipos que le aseguran el mínimo de practicidad y comodidad.

D+: Este segmento tiene cubierta la mínima infraestructura sanitaria de su hogar.

D: Es el segundo segmento con menos bienestar. Se caracteriza por haber alcanzado una propiedad, pero carece de la mayoría de los servicios y bienes satisfactorios.

E: Éste es el segmento con menos bienestar. Carece de todos los servicios y bienes satisfactorios.

Cabe señalar, que queda sujeto cada uno de los porcentajes de apoyo de acuerdo al presupuesto otorgado anual.

Corresponde a la persona Titular de la Unidad de Asistencia Social y Salud, autorizar el porcentaje de apoyo propuesto por la DIRS en un plazo máximo de 3 días hábiles, con el fin de agilizar el trámite y de esta manera otorgar un servicio eficiente a la población en situación de vulnerabilidad.

c) Unidad y periodicidad de los apoyos

1. Ser acreedores a recibir un apoyo de este programa por persona una vez al año (año fiscal).

2. Para la atención de personas que necesitan el servicio de hemodiálisis, podrán ser beneficiadas con un mínimo de 8 sesiones y un máximo de hasta 24 sesiones durante el año contribuyendo a mitigar el impacto económico de este tipo de tratamiento que es prolongado y difícil para el paciente y su familia. (Siempre y cuando se cuente con presupuesto)

d) Criterios de selección para los insumos

1. Cumplir con las NORMA Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos; Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación De Los Servicios De Salud para la Práctica de la Ultrasonografía Diagnostica

2. Apegarse estrictamente a las características y especificaciones técnicas establecidas en forma individual por cada uno de los apoyos.

VIII. DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES

a) Criterios de Elegibilidad

1. Residir en el Estado de Puebla, preferentemente por 6 meses antes de su solicitud.

2. Ser población vulnerable del estado de Puebla en materia de asistencia de acuerdo al artículo 4 de la Ley de Asistencia Social, y que cuenten con INSABI.

3. No proceden los apoyos y solicitudes para trámites de ingresos o procedimientos médicos realizados en hospitales privados o fuera del Estado.

b) Derechos de los beneficiarios:

1. Recibir por parte del personal del SEDIF, un trato digno, respetuoso, equitativo y sin discriminación en los términos de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad;

2. Recibir orientación para realizar el trámite del apoyo solicitado.

c) Obligaciones de los beneficiarios:

1. Presentar la documentación conforme a lo establecido en las presentes Reglas de Operación.

2. Otorgar datos verdaderos en el estudio socioeconómico.

3. Realizar el pago proporcional al porcentaje en corresponsabilidad, el cual se debe realizar con un plazo máximo de 20 días hábiles a la fecha de autorización, de lo contrario se dará por concluido el trámite.

4. Dirigirse con total respeto hacia el servidor público, de lo contrario, tendrá que retirarse de las instalaciones y su trámite será dado por concluido.

d) Sanciones

1. Se podrá no otorgar el apoyo en caso que se detecten incumplimientos en las obligaciones.

2. En el caso de hacer mal uso del apoyo brindado, se negará el apoyo en las solicitudes subsecuentes.

IX MECÁNICA DE OPERACIÓN

a) Requisitos e integración del expediente.

El trámite debe de ser realizado por el beneficiario o por algún familiar y deberá presentar la siguiente documentación para integrar su expediente para todos los tipos de apoyo:

1) Carta petición de Apoyo dirigido a la persona Titular de la Dirección General del SEDIF. (ANEXO 2)

2) Formato de estudio socioeconómico, realizado por personal del SEDIF. (ANEXO 3)

3) Formulario de consentimiento expreso del titular para el uso de Datos Personales Sensibles, realizado por personal del SEDIF. (ANEXO 4)

4) Copia de identificación oficial vigente o Constancia de Identidad reciente emitida por el Municipio de su residencia. En caso de ser:

i. Menor de edad: copia de acta de nacimiento y copia de identificación oficial vigente o Constancia de Identidad emitida por el Municipio de su residencia del padre o tutor.

ii. Recién nacido/a: Copia de constancia de alumbramiento y copia de identificación oficial vigente o Constancia de Identidad emitida por el Municipio de su residencia del padre o tutor.

iii. En caso de que el beneficiario no pueda realizar el trámite, éste deberá designar a la persona que realiza el trámite en su lugar, quien deberá presentar carta poder debidamente requisitada y copia de su identificación oficial vigente o Constancia de Identidad emitida por el Municipio de su residencia. La persona que asista a realizar el trámite, deberá proporcionar la información completa requerida para el llenado de los formatos.

5) Copia de CURP.

6) Copia de comprobante domiciliario no mayor a tres meses (únicamente de servicio de luz que contengan el domicilio del beneficiario) o constancia de vecindad reciente emitida por el Municipio de residencia.

7) Fotografía del domicilio (interior y exterior)

8) De acuerdo al tipo de apoyo solicitado, se deberá anexar la siguiente documentación en original y reciente (No mayor a 45 días)

i. Medicamento: Receta original exclusivamente del INSABI y copia de resumen médico

ii. Estudios de laboratorio: Orden médica original del INSABI.

iii. Estudios de Gabinete: Orden médica original del INSABI

iv. Hemodiálisis: Orden médica original del INSABI.

v. Prótesis quirúrgica: Orden médica original del INSABI, tres cotizaciones de proveedores autorizados por el médico tratante y carátula bancaria.

vi. Material de Osteosíntesis: Orden médica original del INSABI, tres cotizaciones de proveedores autorizados por el médico tratante y carátula bancaria.

vii. Insumos diversos del área de la salud: Orden médica del INSABI y documentación acorde al apoyo solicitado.

NOTA: Presentar la documentación en original y reciente (No mayor a 30 días)

b) Del procedimiento

1. Se integra al expediente los requisitos señalados anteriormente, según el tipo de apoyo requerido.

2. El expediente pasa a revisión y rúbrica del Departamento de Inclusión Social y se remite a la DIRS

3. La DIRS revisa y determina el porcentaje de apoyo a otorgar y remite el expediente a la USAS.

4. La Unidad de Asistencia Social y Salud (UASS) autoriza el porcentaje del apoyo a otorgar.

5. Se solicita el RUD al Departamento de Enlace, Gestión y Apoyo a Contingencias.

6. Se remite el expediente a la Dirección de Administración y Finanzas (DAF), anexando Recibo Oficial o Formato de Requisición según corresponda el tipo de apoyo a gestionar.

7. Se indicará al beneficiario el día y la hora de la entrega del apoyo.
8. Se entregará al beneficiario en especie el bien a donar o copia de alguno de los siguientes documentos que acrediten el apoyo otorgado (recibo de transferencia proporcionado por caja de la DAF, recibo de donación, CARNET.)
 - c) De la entrega del apoyo
 1. Para apoyos en especie:
 - i. La DAF deberá proporcionar los bienes correspondientes a medicamento o insumos diversos del área de la salud según sea el caso a la DIRS para ser entregados al beneficiario.
 - ii. Se entregará en especie al beneficiario el medicamento
 2. Para apoyos en pagos por transferencia:
 - i. La DAF remite a la DIRS comprobante de pago efectuado al proveedor que presta el servicio de Prótesis Quirúrgica, Material de Osteosíntesis, Estudios de Laboratorio, Estudios de Gabinete y Hemodiálisis, según sea el caso.
 - ii. La DIRS le entregará al beneficiario el recibo o CARNET para obtener el servicio del proveedor que preste dicho servicio.
 - iii. Una vez prestado el servicio, el proveedor deberá proporcionar a la brevedad la factura.
 - d) De la comprobación de donación

Este proceso se realiza una vez que se ha otorgado el apoyo solicitado al beneficiario y se deberá anexar al expediente la siguiente documentación:

- i. Formato de recibo de donación, realizado por el personal del SEDIF (ANEXO 4)
- ii. Copia de identificación de acuerdo a lo señalado en el inciso a), numeral 4.
- iii. Carta poder firmada por 2 testigos y copia de identificación oficial vigente de los firmantes y 2 testigos o constancia de identidad, en caso de que el apoyo lo haya recogido por alguien distinto al solicitante.
- iv. Fotografía de evidencia.

La comprobación a efectuar en la DAF será de aquellos apoyos tramitados por recibo oficial, mediante copia del soporte del expediente y original de la factura.

Cuando los apoyos sean tramitados por recibo oficial, se deberá remitir a la DAF copia del expediente y original de la factura correspondiente.

e) De la terminación del procedimiento

Se dará por concluido el procedimiento cuando se presente alguna de las siguientes causas:

i. Cuando se entregue el apoyo al solicitante, el Departamento de Inclusión Social deberá capturar la información al padrón de beneficiarios.

ii. Cuando la solicitud no cumpla con los requisitos establecidos en el inciso a) de este apartado; dando un plazo de 30 días hábiles a partir de su recepción para que el solicitante asista a la integración del expediente y presente la documentación faltante.

iii. Cuando el beneficiario no se presente o no sea localizado para la entrega del apoyo solicitado.

iv. En el caso de fallecimiento del beneficiario.

v. Si en el transcurso del trámite el tratamiento del beneficiario es modificado o cambiado por indicaciones del médico.

X. CENTROS DE REINSERCIÓN Y CASAS DE ASISTENCIA

a) Requisitos

1. Carta petición dirigida a la Persona Titular de la Dirección General del SEDIF, donde se tiene que considerar listado de personas a beneficiar, indicando el tipo de apoyo que requiere. La persona solicitante tienen que acreditar su función o cargo dentro de la institución.

2. Copia de Identificación Oficial vigente (credencial para votar) o documento que acredite su estancia en la institución de la persona a beneficiar.

3. Acta de nacimiento, en caso de ser menor de edad la persona a beneficiar.

4. Copia de comprobante de domicilio no mayor a tres meses de vigencia (únicamente CFE) del centro de reinserción o casa de asistencia.

b) Procedimiento:

1. Se integra al expediente los requisitos señalados anteriormente, haciendo el llenado de los siguientes formatos:

- i. Formulario de consentimiento expreso del titular para el tratamiento de datos personales sensibles firmado por el beneficiario (ANEXO 3)
- ii. Formato de “recibo de donación”, firmado por el beneficiario (ANEXO 4).
- iii. Evidencia fotográfica del beneficiario con el bien donado
- iv. Copia de identificación Oficial vigente (credencial para votar) de la persona que recibe el apoyo.

XI. INSTANCIAS PARTICIPANTES

- a) Instancias Ejecutoras
 1. Dirección General del SEDIF
 2. Unidad de Asistencia Social y Salud
 3. Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social
 4. Dirección de Delegaciones
 5. Departamento de Inclusión Social
 6. Delegaciones Regionales
 7. Sistema Municipal para el Desarrollo Integral de la Familia.
- b) Instancia normativa
 1. Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social

XII. EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL

a) Evaluación Interna

Se realiza un informe mensual de las actividades, para llevar un control del cumplimiento de las metas.

b) Control y auditoría

De conformidad al marco normativo respectivo de la Secretaría de la Función Pública del Estado, así como a la Auditoría Superior del Estado, podrán realizar actividades de fiscalización y auditoría respecto al ejercicio de los recursos del Programa, las cuales se sujetarán a las disposiciones jurídicas aplicables al ejercicio del gasto público. Los órganos internos de control de cada orden de gobierno serán las instancias que, en sus respectivos ámbitos de competencia, vigilen la aplicación y comprobación del gasto directamente con las Instancias Ejecutoras

XIII. TRANSPARENCIA

a) Difusión

1. De conformidad con lo establecido en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Puebla y demás disposiciones jurídicas aplicables, el SEDIF divulgará las presentes Reglas en la página electrónica <http://difestatal.puebla.gob.mx/>; así como a través de los demás medios que considere pertinentes.

2. La DIRS realizará la promoción y divulgación de las acciones del Programa, utilizando lenguaje incluyente y dando a conocer las acciones a realizar, las Personas con Discapacidad beneficiarias y los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos.

b) Quejas y denuncias

La DIRS creará y habilitará los mecanismos para la recepción, atención y seguimiento de las quejas, sugerencias, información y denuncias relativas a los Apoyos Asistenciales, instancia que, a su vez, dará vista el Órgano de Control Interno para la solventación, en su caso.

ANEXOS

Los Formatos empleados por este Programa se encuentran sujetos a cambio conforme a la normatividad del SEDIF y son de uso exclusivo para los apoyos establecidos en estas Reglas de Operación.

Tabla de Medicamento (Anexo 1)

GRUPO DE MEDICAMENTOS

GRUPO 1 ANALGESIA

No.	MEDICAMENTO	GRAMAJE	PRESENTACIÓN
1	ACIDO ACETILSALICILICO	TABLETA 100 MG	CAJA CON 28 TABLETAS
2	CLONIXINATO DE LISINA	TABLETA 250 MG	CAJA CON 10 TABLETAS
3	CLONIXINATO DE LISINA	SOLUCIÓN INYECTABLE 100MG/2ML	CAJA CON 5 AMPOLLETAS
4	TRAMADOL	TABLETA 100MG	CAJA CON 10 TABLETAS

5	TRAMADOL	SOLUCIÓN INYECTABLE 100MG/2ML	CAJA CON AMPOLLETAS	5
---	----------	----------------------------------	------------------------	---

GRUPO 2 ANESTESIA

1	DIAZEPAM	COMPRIMIDOS 10MG	CAJA CON COMPRIMIDOS	50
2	DIAZEPAN	SOLUCIÓN INYECTABLE 10MG/2ML	CAJA CON AMPOLLETAS	6

GRUPO 3 CARDIOLOGÍA

1	AMLODIPINO	TABLETA 5MG	CAJA CON TABLETAS	30
2	NIFEDIPINO	TABLETA 30MG	CAJA CON TABLETAS	30
3	CLOPIDOGREL	TABLETA 75MG	CAJA CON TABLETAS	30
4	LOSARTÁN	TABLETA 50MG	CAJA CON TABLETAS	50

GRUPO 4 DERMATOLOGÍA

1	FLUDOCORTISONA	TABLETA 0.1MG	CAJA CON TABLETAS	100
2	EUCERIN CREMA UREA PLUS REPAIR	CREMA 10%	FRASCO250ML	
3	DEXERYL	CREMA 250G	TUBO	
4	OXIDO DE ZINC	PASTA 25%	TARRO 30GR	
5	MUPIROCINA	CREMA 2MG/G	TUBO 15G	

GRUPO 5 ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO

1	PREDNISONA	SOLUCIÓN 1MG/1ML	FRASCO 100ML	
2	PREDNISONA	TABLETA 5MG	CAJA CON TABLETAS	20
3	HORMONA CRECIMIENTO	DE SOLUCIÓN INYECTABLE 20MG(8MG/ML), 12MG (8MG/ML), 6MG (5.83	CAJA CON CARTUCHO PRELLENADO	1

		MG/ML)	
4	INSULINAS: ULTRALENTA: LANTUS, DETEMIR LENTA: INSULATAR, HUMULINA NPH. RÁPIDAS: REGULAR, ACTRAPID. ULTRARÁPIDAS: HUMALOG, NOVORAPID, APIDRA, LISPRO, GLULISINA, ASPARTICA	SOLUCIÓN	FRASCO
5	LEVOTIROXINA SÓDICA	TABLETA 50, 100, 150, 200 MCG	CAJA CON 50 TABLETAS
6	SITAGLIPTINA	COMPRIMIDO 100MG	CAJA CON 14 COMPRIMIDOS
7	PRAVASTATINA	TABLETA 10 Y 20 MG	CAJA CON 30 Y 15 TABLETAS

GRUPO 6 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

1	TALIDOMIDA	COMPRIMIDOS RECUBIERTOS 100MG	CAJA CON 10 COMPRIMIDOS
2	ERTAPENEM	SOLUCIÓN INYECTABLE 1GR	CAJA CON UNA ÁMPULA
3	IMIPENEM Y CILASTINA	SOLUCIÓN INYECTABLE 500MG/500MG	CAJA CON UNA ÁMPULA
4	MEROPENEM	SOLUCIÓN INYECTABLE 1GR	CAJA CON UNA ÁMPULA
5	AZITROMICINA	TABLETA 500 MG	CAJA CON 3 TABLETAS
6	AZITROMICINA	SUSPENSIÓN 900MG (200MG/5ML)	CAJA CON 1 FRASCO
7	OSELTAMIVIR	CÁPSULAS DE 75MG	CAJA CON 10 CÁPSULAS
8	PIPERACILINA- TAZOBACTAM	SOLUCIÓN INYECTABLE 4G/0.5G	CAJA CON 1 FRASCO CON POLVO

GRUPO 7 ENFERMEDADES INMUNOALÉRGICAS

1	LEVOCETIRIZINA	TABLETA 5 MG	CAJA CON 10 TABLETAS
2	CROMOGLICATO DE SODIO	SOLUCIÓN 4%	CAJA CON 1 FRASCO
3	BETAMETASONA	SOLUCIÓN INYECTABLE 8.0MG/2ML	CAJA CON 1 AMPOLLETA Y JERINGA
4	EPINASTINA	TABLETA 20MG	CAJA CON 10 TABLETAS
5	MOMETASONA	SUSPENSIÓN PEDIATRICA PARA INHALACIÓN 5%	CAJA CON 1 FRASCO CON 10 ML

GRUPO 8 GASTROENTEROLOGÍA

1	ÁCIDO URDESOXICÓLICO	CÁPSULAS 250MG	CAJA CON 50 CÁPSULAS
2	LACTULOSA	JARABE 10GR/15ML	CAJA CON 20 SOBRES CON 15ML
3	MESALAZINA	TABLETA 500MG	CAJA CON 40 TABLETAS
4	RACECADOTRILO PEDIÁTRICO	GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL 10MG	CAJA CON 18 SOBRES
5	RACECADOTRILO	CÁPSULAS 100 MG	CAJA CON 9 CÁPSULAS

GRUPO 9 GINECO-OBSTETRICIA

1	CABERGOLINA	TABLETA 0.5 MG	FRASCO CON 4 TABLETAS
2	ÁCIDO ALENDRÓNICO	COMPRIMIDOS 70MG	FRASCO CON 4 COMPRIMIDOS
3	ERGOMETRINA	SOLUCIÓN INYECTABLE 0.200MG/ML	ENVASE CON 1 AMPOLLETA
4	CLORMADINONA	TABLETA 2MG	CAJA CON 20 TABLETAS

GRUPO 10 HEMATOLOGÍA

1	DESMOPRESINA	TABLETA 0.2 MG	CAJA CON 30 TABLETA
2	ELTROMBOPAG OLAMINE	TABLETA 50MG	CAJA CON 28 TABLETA
3	HEPARINA	SOLUCIÓN INYECTABLE 5000 UM/ML	FRASCO CON 1 ÁMPULA
4	DEXAMETASONA	SOLUCIÓN INYECTABLE 8MG/2ML	CAJA CON 1 ÁMPULA
5	ENOXAPARINA SÓDICA	SOLUCIÓN INYECTABLE SUCUTÁNEA 40MG/0.4ML	CAJA CON 10 JERINGAS PRELLENADAS
6	HIERRO DEXTRÁN	SOLUCIÓN INYECTABLE ML	CAJA CON 3 ÁMPULAS
7	RIVAROXABÁN	COMPRIMIDOS 10MG	CAJA CON 30 COMPRIMIDOS

GRUPO 12 NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA

1	FUROSEMIDA	TABLETA 40MG	CAJA CON 30 TABLETAS
2	ÁCIDO MICOFENÓLICO	TABLETA 500 MG	CAJA CON 50 TABLETAS
3	CICLOSPORINA	CÁPSULAS 50MG	CAJA CON 50 CÁPSULAS
4	ERITROPOYETINA	ÁMPULA DE 4000UI	CAJA CON 6 ÁMPULAS
5	MICOFENOLATO DE MOFETIL	COMPRIMIDOS 500MG	CAJA CON 50 COMPRIMIDOS
6	SILDENAFIL	TABLETA 100MG	CAJA CON 4 TABLETAS
7	SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL	1.5 % Y 2.5% BAXTER	CAJA CON 8 BOLSAS DE 2000ML

GRUPO 13 NEUMOLOGÍA

1	BROMURO DE IPATROPIO/SALBUTAMOL	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN 1.68MG/8.77ML/1ML	CARTUCHO CON DOSIS	120
2	MONTELUKAST	COMPRIMIDO O TABLETA 10MG	CAJA CON COMPRIMIDOS O TABLETAS	30
3	SALMETEROL Y FLUTICASONA	CAJA 50 ug/100ug	CAJA CON DISPOSITIVO INHALADOR DOSIS	60

GRUPO 14 NEUROLOGÍA

1	ÁCIDO VALPROICO	TABLETA 250 MG	CAJA CON TABLETAS	90
2	BIPERIDENO	TABLETA 2 MG	CAJA CON TABLETAS	30
3	CARBAMAZEPINA	TABLETA 200 MG	CAJA CON TABLETAS	20
4	CLONAZEPAN	TABLETA 2 MG	CAJA CON TABLETAS	30
5	FENITOINA	TABLETA 100 MG	CAJA CON TABLETAS	50
6	LACOSAMIDA	TABLETA 100 MG	CAJA CON TABLETAS	28
7	LACOSAMIDA	TABLETA 50 MG	CAJA CON TABLETAS	14
8	LAMOTRIGINA	TABLETA 100 MG	CAJA CON TABLETAS	28
9	LEVETIRACETAM	TABLETA 500 MG	CAJA CON TABLETAS	60
10	LEVETIRACETAM	SOLUCIÓN 100 ML/ML	FRASCO 30 ML	
11	LEVODOPA-CARBIDOPA	TABLETA 250 MG/25MG	CAJA CON TABLETAS	30
12	METILFENIDATO	TABLETA 20 MG	CAJA CON	30

			TABLETAS	
13	OXCARBAZEPINA	TABLETA 600 MG	CAJA CON TABLETAS	20
14	OXCARBAZEPINA	TABLETA 300 MG	CAJA CON TABLETAS	20
15	PREGABALINA	TABLETA 50 MG	CAJA CON CÁPSULAS	28
16	TEGRETOL	COMPRIMIDOS 200 MG	CAJA CON COMPRIMIDOS	30
17	TOPIRAMATO	TABLETA 25 MG	CAJA CON TABLETAS	20
18	VALPROATO DE MAGNESIO	SOLUCIÓN 200 MG	FRASCO 40 ML	
19	VALPROATO DE MAGNESIO	TABLETA 200 MG	CAJA CON TABLETAS	30
20	SABRIL	COMPRIMIDOS 500 MG	CAJA CON COMPRIMIDOS	60

GRUPO 15 OFTALMOLOGÍA

1	CLORANFENICOL	SOLUCIÓN 5 MG/ML	FRASCO 15 ML	
2	CICLOSPORINA	CÁPSULAS 50 MG	CAJA CON CÁPSULAS	50
3	GENTAMICINA	SOLUCIÓN 80 MG/2ML INYECTABLE	CAJA CON UNA AMPOLLETA DE 2 ML	
4	TIMOLOL	SOLUCIÓN 0.5% 5MG/ML OFTÁLMICO	FRASCO GOTERO 5 ML	
5	TOBRAMICINA	SOLUCIÓN 3MG/ML	FRASCO GOTERO 5 ML	

GRUPO 16 ONCOLOGÍA

1	ÁCIDO ZOLEDRÓNICO	SOLUCIÓN INYECTABLE 4MG/5ML	CAJA CON UN FRASCO ÁMPULA 4MG/5ML	
2	CISPLATINO	SOLUCIÓN INYECTABLE 50 MG	FRASCO ÁMPULA CON 50 ML	

3	IMATINIB	COMPRIMIDOS 400 MG	CAJA CON 30 COMPRIMIDOS
4	METOTREXATO	TABLETA 2.5 MG	CAJA CON 50 TABLETAS
6	RITUXIMAB	SOLUCIÓN 500 MG/50 ML	CAJA CON UN FRASCO ÁMPULA 50 ML
7	TRIPTORELINA	SUSPENSIÓN 3.75 MG	FRASCO ÁMPULA CON LIOFILIZADO

GRUPO 17 OTORRINOLARINGOLOGÍA

1	LEFLUNOMIDA	COMPRIMIDOS 100MG	CAJA CON 3 COMPRIMIDOS
2	TOCILIZUMAB	SOLUCIÓN INYECTABLE 200MG/10ML	CAJA CON 1 FRASCO ÁMPULA CON 10 ML

GRUPO 19 PSIQUIATRIA

1	ALPRAZOLAM	TABLETA 2.0 MG	CAJA CON 30 TABLETAS
2	FLUOXETINA	CÁPSULAS 20 MG	CAJA CON 14 CÁPSULAS
3	PAROXETINA	TABLETA 20 MG	CAJA CON 10 TABLETAS
4	ARIPIPAZOL	TABLETA 15 MG	CAJA CON 20 TABLETAS
5	HALOPERIDOL	TABLETA 5 MG	CAJA CON 20 TABLETAS
6	OLANZAPINA	TABLETA 10 MG	CAJA CON 14 TABLETAS
7	QUETIAPINA	TABLETA 25 MG	CAJA CON 30 TABLETAS
8	RISPERIDONA	TABLETA 1 MG	CAJA CON 20 TABLETAS
9	SERTRALINA	TABLETA 50 MG	CAJA CON 14 TABLETAS
10	ZUCLOPENTIXOL	SOLUCIÓN 200MG/1ML	CAJA CON UNA AMPOLLETA 1ML

GRUPO 20 REUMATOLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA

1	ALOPURINOL	TABLETA 300 MG	CAJA CON 20 TABLETAS
2	AZATIOPRINA	COMPRIMIDOS 50 MG	CAJA CON 100 COMPRIMIDOS

3	CELECOXIB	CÁPSULAS 200 MG	CAJA CON 10 CÁPSULAS
4	MELOXICAM	TABLETA 15 MG	CAJA CON 10 TABLETAS
5	PIROXICAM	TABLETA 20 MG	CAJA CON 20 TABLETAS
6	PREDNISONA	TABLETA 50 MG	CAJA CON 20 TABLETAS

TRANSITORIOS





(Del PUBLICACIÓN de las Reglas de Operación del Programa “Apoyos Medico-Hospitalario”, que emite el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla para el Ejercicio Fiscal 2022; publicado en el Periódico Oficial del Estado, el martes 20 de diciembre de 2022, Número 14, Quinta Sección, Tomo DLXXII).

PRIMERO. Las presentes Reglas de Operación, entrarán en vigor a partir de su publicación en el Periódico Oficial del Estado.


SEGUNDO. Se dejan sin efectos todas las disposiciones que se opongan a las presentes Reglas de Operación.

Cuatro Veces Heroica Puebla de Zaragoza, a los trece días del mes de diciembre del año dos mil veintidós. El Titular de la Dirección de Inclusión y Rehabilitación Social del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia. **C. JORGE ALBERTO BENÍTEZ SAMANIEGO.** Rúbrica. La Titular de la Unidad de Asistencia Social y Salud del Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia. **C. DENISSE ORTIZ PÉREZ.** Rúbrica.


Solicitud de Apoyo (Anexo 2)

		Sistema Estatal DIF Gobierno de Puebla	DIRECCIÓN DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL PROGRAMA APOYO MÉDICO-HOSPITALARIOS				
SOLICITUD DE APOYO							
PUEBLA, PUE. A ____ DE ____ DE 20____							
C. _____							
DIR. (A) GENERAL DEL SISTEMA ESTATAL DIF PRESENTE							
LA (EL) QUE SUSCRIBE C. _____							
DE ____ AÑOS DE EDAD, SEXO: _____, TELÉFONO: _____							
FECHA DE NACIMIENTO: _____ SE DIRIGE A USTED PARA SOLICITAR SU APOYO.							
DATOS DEL BENEFICIARIO							
Nombre (s)		Apellido Paterno		Apellido Materno		Edad	Fecha de Nac.
Domicilio			Delegación		Municipio		
C.P.	Teléfono 1			Teléfono 2			
Tipo de Discapacidad				Tipo de Apoyo			
Tipo de población:							
<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Migrante	<input type="checkbox"/> Afrodescendiente	<input type="checkbox"/> Migrante / Afrodescendiente	<input type="checkbox"/> Migrante / Indígena	<input type="checkbox"/> Ninguno		
AGRADECIENDO DE ANTEMANO SU APOYO, ME PERMITO HACERLE LLEGAR UN RESPETUOSO SALUDO.							
ATENTAMENTE							
_____ NOMBRE Y FIRMA							
Calle 5 de Mayo 1606 Centro Histórico, Edificio de San Juan de Dios, C.P. 72000, Heroica Puebla de Zaragoza, Puebla (222) 229 5200 difestatal.puebla.gob.mx							
P.C.D.-6							

Formato de Estudio Socioeconómico (ANEXO 3)




Gobierno de Puebla




Sistema Estatal DIF
Gobierno de Puebla

DIRECCIÓN DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL
DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL
PROGRAMA APOYO MÉDICO-HOSPITALARIOS



UNIMVTO Empresa Mexicana
Gobierno de Puebla



SECRETARÍA DE SALUD
Gobierno de Puebla

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ R.U.D.: _____ Tipo de apoyo: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: Soltero () Casado () Unión libre () Viudo ()

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: (F) (M) Teléfono: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Domicilio actual: _____

2.- ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	INGRESOS
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

INGRESO MENSUAL

Padre: \$ _____

Madre: \$ _____

Hijos: \$ _____

Otros: \$ _____

TOTAL: \$ _____

EGRESO MENSUAL

Alimentación: \$ _____

Renta: \$ _____

Combustible: \$ _____

Agua: \$ _____

Luz: \$ _____

Transporte: \$ _____

Otros: \$ _____

TOTAL: \$ _____

3.- TIPO DE ALIMENTACIÓN

En que se basa su alimentación: _____

¿Cuántas veces al día consume sus Alimentos? _____

4.- TIPO DE VIVIENDA

Propia () Rentada () Prestada () Casa () Departamento () Cuarto ()

Paredes: Ladrillo () Adobe () Lamina () Otros ()

Techo: Colado () Lamina () Teja () Vigas () Otros ()

Piso: Lozeta () Cemento () Ladrillo () Tierra () Otros ()

Servicios Públicos con los que cuenta:

Agua Potable () Drenaje () Luz () Pavimento ()

5.- MOBILIARIO

No. Camas () No. Petates () No. Estufa () No. Refrigerador ()

No. Lavadora () No. Licuadora () No. Televisor () No. Radio ()

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

DX. SOCIAL: _____

PLAN SOCIAL Y TRATAMIENTO: _____

OBSERVACIONES: _____

La información que estoy proporcionando es verídica, sin tener inconveniente que sea corroborada en cualquier momento.

Nombre **Firma** **Parentesco**

Realizo

Formulario de Consentimiento Expreso del Titular para el Tratamiento de Datos Personales Sensibles (Anexo 4)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO EXPRESO DEL TITULAR PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Los datos personales sensibles recabados por el Sistema para el Desarrollo integral de la Familia del Estado de Puebla, serán protegidos y utilizados únicamente para las finalidades que fueron recabados y establecidos en el Aviso de Privacidad de la Base de Datos Personales del Programa Apoyo Médico Hospitalario.

Usted podrá ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, a través de la Unidad de Transparencia del **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla**, con dirección en Calle 5 de Mayo número 1606, colonia Centro Histórico, C.P. 72000, de la ciudad Puebla, Puebla.

Por favor lea el siguiente formato y al final indique si sus datos pueden ser utilizados:

FECHA: ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

Para llenado exclusivo del Responsable:

1. DENOMINACIÓN DE LA BASE DE DATOS PERSONALES:

Programa Apoyo Médico Hospitalario

2. RESPONSABLE:

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Puebla

Para llenado exclusivo del titular de los datos personales:

3. DATOS DEL TITULAR*:

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE DOCUMENTO, POR LO QUE:

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SENSIBLES.

NOMBRE (S)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

DOCUMENTO CON EL QUE SE IDENTIFICA Y SE COTEJA NOMBRE Y FIRMA: _____

FIRMA : _____

*EN CASO DE QUE USTED REPRESENTE LEGALMENTE, U OSTENTE LA TUTORÍA O RESPONSABILIDAD DE UNA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE O INCAPAZ, LLENE LOS CAMPOS DE ARRIBA CON SUS DATOS, Y A CONTINUACIÓN ESPECIFIQUE ÚNICAMENTE EL NOMBRE DEL TITULAR DE LOS DATOS:

NOMBRE (S)





APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

FUNDAMENTO LEGAL

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 1, 5 fracción IX, 9 fracción III, 27 y demás relativos y aplicables a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Puebla.

Formato de Recibo de Donación (Anexo 5)

 Gobierno de Puebla <small>Humana. Responsable.</small>	 Sistema Estatal DIF <small>Gobierno de Puebla</small>	DIRECCIÓN DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL DEPARTAMENTO DE INCLUSIÓN SOCIAL PROGRAMA APOYO MÉDICO-HOSPITALARIOS	 DIF PUEBLA <small>Empresas Asociadas</small>	
---	--	--	---	---

RECIBO DE DONACIÓN

RUD: _____

RECIBÍ A MI ENTERA SATISFACCIÓN DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA, EN CALIDAD DE DONATIVO, LOS APOYOS QUE SE DESCRIBEN: _____

APORTANDO POR MI CUENTA: _____

EL SISTEMA MUNICIPAL DIF CONTRIBUYÓ CON: _____

ASIMISMO DECLARO QUE EL SISTEMA ESTATAL DIF CONTRIBUYÓ CON: _____

EN EL CASO DE QUE LOS BIENES DESCRITOS ANTERIORMENTE NO SE DESTINEN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL SISTEMA ESTATAL DIF, ESTE COMUNICARÁ POR ESCRITO LA REVOCACIÓN DE LA PRESENTE DONACIÓN.

DESPUÉS DE SER LEÍDO EL CONTENIDO DEL PRESENTE RECIBO Y ESTANDO DE ACUERDO LOS QUE EN ELLA INTERVINIERON, ENTERADOS DE SU CONTENIDO, FUERZA Y ALCANCES LEGALES SE PROCEDE A RATIFICAR Y FIRMAR EL DÍA _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE
EL APOYO: _____

NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____

FIRMA

ENTREGAN: POR EL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE PUEBLA (LOS DONANTES).

LIC. GUADALUPE PÉREZ NAVARRO
DIRECTORA DE INCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN SOCIAL

TESTIGOS DE ASISTENCIA POR LA LOCALIDAD

NOMBRE: _____ NOMBRE: _____

FIRMA: _____ FIRMA: _____

P.C.D.-8