



# PERIÓDICO OFICIAL



ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE ZACATECAS, SON OBLIGATORIAS LAS LEYES Y DEMÁS DISPOSICIONES DEL GOBIERNO POR EL SOLO HECHO DE PUBLICARSE EN ESTE PERIÓDICO.

**TOMO CXXXIV**

**Núm. 24**

**Zacatecas, Zac., sábado 23 de marzo de 2024**

## SUPLEMENTO

4 AL No. 24 DEL PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO  
CORRESPONDIENTE AL DÍA 23 DE MARZO DE 2024

**LINEAMIENTOS.-** De Operación del Programa Salud para Población de Grupos Vulnerables en su componente Apoyos Económicos y/o en especie por el Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal.



Zacatecas

## DIRECTORIO

DAVID MONREAL ÁVILA  
**GOBERNADOR DEL ESTADO**

ANGEL MANUEL MUÑOZ MURO  
**COORDINADOR GENERAL JURÍDICO**

ANDRÉS ARCE PANTOJA  
**DIRECTOR DEL PERIÓDICO OFICIAL**

El Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas se publica de manera ordinaria los días miércoles y sábados, su edición es únicamente en versión electrónica y tiene validez oficial, según lo establece el decreto 271, publicado el 18 de marzo del año 2023, contiene **Sello Digital**, **Firma Electrónica** y **Código QR** para su verificación.

Para la publicación en el Periódico Oficial se deben de cubrir los siguientes requisitos:

- El documento debe ser original.
- Debe contener sello y firma de quien lo expide.
- Que la última publicación que indica el texto a publicar, debe tener un margen mínimo de dos días hábiles a la fecha de la audiencia, cuando esta exista.
- Efectuar el pago correspondiente de la publicación en la oficina recaudadora de la Secretaría de Finanzas.

La recepción de documentos a publicar se realiza de 8:30 a 15:30 Hrs. En días hábiles.

Para mejor servicio se recomienda presentar su documento en original impreso y digital formato Word.

Domicilio:  
Circuito Cerro del Gato, Edificio I Primer Piso  
Col. Cd. Administrativa CP. 98160  
Zacatecas, Zac.  
Tel. 492 4915000 Ext. 25191

## ESTRUCTURA

Dr. Uswaldo Pinedo Barrios; Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Zacatecas, con fundamento en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; de los Artículos 84 y 86 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Zacatecas; Artículos 4º; Artículo 25, fracción XI; 36, fracción III, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Zacatecas; Artículos 12, 254 y 255 de la Ley de Salud del Estado de Zacatecas; Decreto de Creación, Artículo 14, Fracción VII del Reglamento Interior del PBPE; tengo a bien emitir los siguientes:

### **Lineamientos de Operación del Programa Salud para población de grupos vulnerables en su componente Apoyos económicos y/o en especie por el Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal**

#### **1. Considerando**

##### **Antecedentes y justificación**

A nivel federal la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (APBP), es un órgano desconcentrado, adscrito a la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud, que tiene dentro de sus facultades la de “administrar los bienes y recursos que de la beneficencia pública, por concepto de donaciones, herencias, legados y cualesquiera otros títulos legales, adicionalmente administra recursos presupuestales de la recaudación fiscal federal para atender las necesidades más urgentes de las clases más desposeídas, a través de apoyos para mejorar su salud”.

La APBP, tiene la misión de “Generar y canalizar recursos a la atención en salud de personas en situación de pobreza carentes de seguridad social, mediante el otorgamiento de apoyos directos o a través de alianzas estratégicas en forma profesional, eficaz y transparente contribuyendo a que todos los mexicanos tengan un acceso equitativo a la Salud”.

Según el boletín informativo de la Dirección General del Archivo histórico y memoria legislativa Año IV, No. 31, Mayo-Junio 2004, maneja que aunque los términos beneficencia y asistencia suelen emplearse como sinónimos, se debe aclarar que la beneficencia precede a la asistencia, ya que presenta una menor cobertura y una organización más elemental y dispersa, a su vez, en la asistencia social existe un nexo jurídico entre quien tiene el derecho de recibir un servicio y la institución que lo proporciona, la beneficencia se presta un servicio a quien no tiene medios de subsistencia.

A la beneficencia se le considera como una manifestación libre, altruista consciente, en el sentido de realizar un bien de modo voluntario, desinteresado, en beneficio del sector de la población que carece de algún sistema de protección, de seguridad social.

El Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027 del Estado de Zacatecas, el Gobierno del Estado tiene como objetivo el “ Construir un modelo organizacional eficiente, eficaz y efectivo de la actividad gubernamental, que oriente el ejercicio de la gestión pública a la generación de bienestar social y recupere la confianza de la ciudadanía en las instituciones”, de acuerdo a lo plasmado en el Principio Rector 1 “Hacia una nueva Gobernanza” dentro de la Política Pública 1.2 de “Administración Pública Eficiente y con Sentido Social” teniendo en cuenta el contar con mecanismos para evitar duplicidades de apoyos, invasión de atribuciones y polarización de esfuerzos institucionales.

Dentro del mismo Plan Estatal de Desarrollo dentro del Principio Rector 2 de “Bienestar para Todos”, en la Política Pública 2.2 de salud para el Bienestar, el presente lineamientos se completa en la Estrategia 2.2.3 “Priorizar la atención médica y nutricional en niñas, niños, mujeres, hombres, personas adultas mayores, personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad”.

El Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal es un órgano desconcentrado de los Servicios de Salud que tiene la facultad de administrar los bienes y recursos que recibe de la beneficencia pública, por concepto de donaciones, herencias, legados y cualquier otro título legal, adicionalmente administra recursos presupuestales de la recaudación fiscal federal para atender las necesidades más urgentes de las clases más desprotegidas, a través de apoyos para mejorar su salud.

Dentro de los apoyos que realiza el PBPE se encuentra la transferencia de recursos o en especie a personas atendidas del sector salud.

## 2. Disposiciones Generales

### a). Objetivos



#### Objetivo General:

El objetivo de este lineamiento consiste en establecer las disposiciones y criterios para que el Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal, de manera eficiente, eficaz y transparente, realice la distribución de apoyos en especie y de transferencias económicas a las personas que tienen necesidad en salud, con el fin de mejorar su calidad de vida.



#### Objetivos Específicos:

- 1.-El objetivo específico es beneficiar a la población más vulnerable y que no cuenta con ninguna seguridad social.
- 2.-Reinsertar a la vida educativa, laboral y social.

### b). Glosario

**APBP:** Administración de la Beneficencia Pública.

**BENEFICIARIO:** Persona a la que va dirigido y que recibe de forma directa el bien o servicio derivado del presente programa.

**EXPEDIENTE:** El expediente hace referencia al conjunto de documentos que conforma un procedimiento, ya sea judicial, administrativo o policial.

**INSABI:** Institución Nacional de Salud y Bienestar.

**INSTITUCIONES MÉDICAS.:** Corresponde a cualquier institución pública o privada que brinde servicios médicos, auxiliares de diagnóstico y rehabilitación.

**PBPE:** Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal.

**SEGURIDAD SOCIAL:** Se refiere a la cobertura de determinadas necesidades relacionadas con el bienestar de los individuos en sus necesidades básicas. Las coberturas y el alcance de la misma dependerán de los organismos e instituciones de cada país.

### c). Ámbito de aplicación

El programa tiene una cobertura estatal para la Entidad zacatecana, Dirigida a la población en el territorio estatal que así lo requiera y que cumpla con los requisitos mínimos expresados en los presentes lineamientos, atendiendo a hombres y mujeres del medio rural y urbano.

El lineamiento va dirigido a la población en territorio zacatecano de escasos recursos que lo requiera, a consideración de la suficiencia presupuestal del PBPE, siempre priorizando el apoyo a la población no derechohabiente de las instituciones de seguridad.

### 3. Capítulos Específicos

#### a).- Información básica

##### I.- Información general

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| <b>Nombre del Programa</b>     | Programa Salud para población de grupos vulnerables en su componente Apoyos económicos y/o en especie otorgados por el Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal |   |
| <b>Modalidades de apoyo</b>    | ( X )<br>( )<br>( )  | Apoyos económicos:<br>a. Monetario<br>b. Becas<br>c. Convenios  |
|                                | ( X )<br>( )<br>( )  | Apoyos en especie<br>a. Bienes<br>b. Servicios<br>c. Infraestructura  |
| <b>Transversalidad</b>         | ( )<br>( )<br>( )<br>( X )<br>( )  | Alineación a Transversalidades<br>a. Igualdad Sustantiva<br>b. Derechos Humanos<br>c. Objetivos de Desarrollo Sostenible<br>d. Niñas, Niños y Adolescentes<br>e. Prevención Social del Delito<br>f. Otros |
| <b>Derecho social y humano</b> | <b>Derecho a la Salud</b>  |   |

##### II.- Alineación Programática

|  |  |
|--|--|
| <b>Programa Nacional de Desarrollo 2019-2024</b> | <b>Principio Rector:</b> 2 - Política Social<br><br><b>Objetivo:</b> 2.4 - Promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio |
| <b>Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027</b>      | <b>Principio Rector:</b> 2 - Bienestar para Todos<br><br><b>Política Pública:</b> 2 - Salud para el bienestar<br><br><b>Estrategia:</b> 3 - Priorizar la atención médica y nutricional en niñas, niños, mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad.   |
| <b>Programa Sectorial de Desarrollo Social</b>   | <b>Objetivo Prioritario:</b> Priorizar la atención médica y nutricional en niñas, niños, mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad.<br><b>Estrategia Prioritaria:</b> salud para grupos vulnerables.   |
| <b>Objetivo de Desarrollo Sostenible</b>         | Salud y Bienestar  |



### III.- Información administrativa-organizacional

|  |   |
|--|---|
| <b>Dependencia responsable</b>                       | Servicios de Salud del Estado de Zacatecas                  |
| <b>Dirección o unidad administrativa responsable</b> | Dirección del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal |

### IV.- Información programática-presupuestal

|  |                       |   |
|--|-----------------------|---|
| <b>Finalidad del Programa</b>            | 2 - Desarrollo Social |   |
| <b>Función del Programa</b>              | 2.3 - Salud           |   |
| <b>Presupuesto autorizado</b>            | \$7,500 000.00        |   |
| <b>Asignación por Capítulo del Gasto</b> | \$7,500 000.00        | CAPITULO 4000   |
|  |                       | 43401 subsidios a la prestación de servicios públicos |
| <b>Clave del programa presupuestario</b> | PPIS-64E069           |   |

**Nota:** Las asignaciones financieras están sujetas a modificaciones presupuestarias de conformidad a lo dispuesto en la Ley de austeridad, disciplina y responsabilidad financiera del estado de zacatecas y sus Municipios.

### b).- Población o Área de Enfoque

**1 Población Potencial:** Población en condición de vulnerabilidad por carencia en acceso a los servicios de salud en el Estado de Zacatecas

**2 Población Objetivo:** Población en territorio zacatecano en condición de vulnerabilidad por carencia en acceso a los servicios de salud y con escasos recursos.

### c). - Características de los apoyos

**Apoyo.** – Apoyo Estatal para la salud en especie

**Modalidad 1.** – Apoyo Menor

**Tipo de Apoyo.** –



**Especie**

**Características.** – Podrán ser:

- Medicamentos (que no estén dentro del cuadro básico de salud)
- Lentes de Armazón
- Apoyos Funcionales como sillas de rueda, andaderas, muletas, bastones, zapatos ortopédicos y férulas, entre otros.

Lo anterior, hasta por un monto de **\$4, 000.00**



**Periodicidad:**

Durante el ejercicio fiscal



**Temporalidad:**

Anualmente

**Modalidad 2. – Apoyo Mayor**

**Tipo de Apoyo. -**



**Especie**

**Características.** – Podrán ser:

-Apoyos funcionales como sillas PCA, PCI, sillas cama, -  
Material de osteosíntesis.

-Medicamentos oncológicos (que no estén dentro del cuadro  
básico de salud).

-Prótesis Externas.

-Estudios de Gabinete y Laboratorio (que no estén dentro del  
cuadro básico de salud).

Lo anterior, hasta por un monto de **\$20, 000.00**



**Periodicidad:**

Durante el ejercicio fiscal



**Temporalidad:**

Cada 3 años

**Apoyo 2. – Apoyo económico Estatal para la salud**

**Modalidad 1. – Menor**

**Tipo de Apoyo. -**



**Económico**

**Características.** – Para pago de:

-Honorarios Médicos y Pagos de Hospitalización.  
Lo anterior, hasta por un monto de **\$4,000.00**

7b34b42a522dea463a140fe53bde50293a137c3dfcaf36d81e64347aa0ab5828



**Periodicidad:**

Durante el ejercicio fiscal

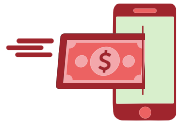


**Temporalidad:**

Anualmente

### Modalidad 2. – Mayor

Tipo de Apoyo. -



**Económico**

**Características.** – Para pago de:

- Honorarios Médicos y Pagos de Hospitalización



**Monto:**

Lo anterior hasta un monto de **\$20,000.00** no se omite señalar que el pago es directamente a proveedores comprobado por medio de facturación o recibo de honorarios



**Periodicidad:**

Durante el ejercicio fiscal



**Temporalidad:**

Cada 3 años

### Apoyo 3. – Apoyo Federal para la salud en especie

Tipo de Apoyo. –



**Especie**

**Características.** – pueden ser:

- Aparatos auditivos
- Aparatos funcionales como sillas de ruedas, sillas PCA y PCI, bastones, andaderas, sillas baño.
- Lentes de Armazón.
- Prótesis de Rodilla y Cadera.
- kit de lente intraocular para cirugía de catarata.



**Periodicidad:**

Durante el ejercicio fiscal

**Temporalidad:**

Anualmente

**d). Selección de beneficiarios****I.- Criterios de Elegibilidad**

Cuando la persona solicitante cumpla con los requisitos previstos en estos Lineamientos según el tipo de apoyo que se trate y el presupuesto asignado que para tal fin lo permita, que el beneficiario no tenga ninguna seguridad social y pertenezca al territorio zacatecano.

**II.- Requisitos de Elegibilidad****a) Apoyo Menor**

Los requisitos que deberá presentar la persona solicitante, son los siguientes:

1. DICTAMEN MEDICO PRECISO (ORIGINAL Y 2 COPIAS): En papel Oficial con sello de la Institución, anotando claramente la información que se solicita en el Formato de Dictamen Médico anexo, emitido por los Servicios de Salud de Zacatecas.
2. 1 COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO, ASÍ COMO DEL SOLICITANTE: o del acta de matrimonio, o de la fe de bautismo; o de la cartilla Militar Nacional; o del acta de nacimiento del hijo mayor.
3. 1 COPIA DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO, ASÍ COMO DEL SOLICITANTE: Credencial de Elector, o Licencia para conducir; o constancia de Identidad expedida por el Comisariado Ejidal, Delegado Municipal, o Presidencia Municipal.
4. 1 COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO: Recibo de Agua o de Luz, RECIENTE, o constancia de residencia expedida por el Comisariado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal. (no mayor a 3 meses).
5. 1 COPIA DE LA CURP DEL BENEFICIARIO.

Además de los requisitos anteriores, el personal de Trabajo Social, deberá recabar y/o elaborar lo siguiente:

1. Redacción e impresión del oficio elaborado por Trabajo Social que atiende la solicitud y recaba los requisitos señalados en estos Lineamientos, dirigido a la persona física o empresa que presta el servicio, o vende el insumo, el cual tiene que ir firmado por la persona encargada de la Dirección y/o Administración.
2. Recibo de apoyo, firmado por el beneficiario y personal a cargo de Dirección y/o Administración. (Anexo 2)

De manera complementaria la persona encargada de la Coordinación de Análisis, difusión y evaluación, deberá valorar los diagnósticos que emiten los médicos tratantes en el dictamen médico,

ya que se podrá apoyar en los diagnósticos que no cubra el INSABI o que no se cuente con los servicios en las Unidades Públicas de Salud. Dictamen Médico (Anexo 3)

### **b) Apoyo Mayor**

Los requisitos que deberá presentar la persona solicitante, son los siguientes:

1. CARTA DE SOLICITUD: Dirigida al Secretario de Salud de Zacatecas en turno, firmada por el solicitante o beneficiario; describiendo el tipo de ayuda que requiere, el padecimiento actual y situación económica.
2. DICTAMEN MEDICO PRECISO (ORIGINAL Y 2 COPIAS): En papel Oficial con sello de la Institución, anotando claramente la información que se solicita en el Formato de Dictamen Médico anexo, emitido por los Servicios de Salud de Zacatecas. Para solicitud de aparatos auditivos se requiere original del ESTUDIO AUDIO MÉTRICO.
3. 2 COPIAS DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL BENEFICIARIO, ASÍ COMO DEL SOLICITANTE: o del acta de matrimonio, o de la fe de bautismo; o de la cartilla Militar Nacional; o del acta de nacimiento del hijo mayor.
4. 2 COPIAS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO, ASÍ COMO DEL SOLICITANTE: Credencial de Elector, o Licencia para conducir; o constancia de Identidad expedida por el Comisariado Ejidal, Delegado Municipal, o Presidencia Municipal.
5. FOTOGRAFÍA: Una del beneficiario y una del solicitante. (LO MAS RECIENTE POSIBLE.) impresa en papel fotográfico.
6. CONSTANCIA DE INGRESOS O DE DEPENDENCIA ECONÓMICA, indicando el nombre del beneficiario, tipo de actividad y monto aproximado de ingresos mensuales del paciente o de quien lo sostiene económicamente tanto a él como a la familia, por el Comisariado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal. Firmada y sellada.
7. 2 COPIAS DE COMPROBANTE DE DOMICILIO: Recibo de Agua o de Luz, RECIENTE, o constancia de residencia expedida por el Comisariado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal. (no mayor a 3 meses)
8. 2 COPIAS CURP DEL BENEFICIARIO.
9. EN CASO DE SER CANALIZADO POR ALGUNA INSTITUCIÓN: Anexar oficio.

Además de los requisitos anteriores, el personal de Trabajo Social, deberá recabar y/o elaborar lo siguiente:

1. Estudio socioeconómico realizado por el área de Trabajo Social en original para el expediente, debidamente firmado por la persona solicitante. (Anexo 8).
2. Redacción e impresión del oficio elaborado por Trabajo Social que atiende la solicitud y recaba los requisitos señalados en estos Lineamientos, dirigido a la persona física o empresa que presta el servicio, o vende el insumo, el cual tiene que ir firmado por la persona encargada de la Dirección y/o Administración.
3. Recibo de apoyo, firmado por el beneficiario y personal a cargo de Dirección y/o Administración. (Anexo 2)

De manera complementaria la persona encargada de la Coordinación de Análisis, difusión y evaluación, deberá valorar los diagnósticos que emiten los médicos tratantes en el dictamen médico,

ya que se podrá apoyar en los diagnósticos que no cubra el IMSS Bienestar o que no se cuente con los servicios en las Unidades Públicas de Salud. Dictamen Médico (Anexo 3)

### c) Apoyo Federal:

Los requisitos que deberá presentar la persona solicitante, son los siguientes:

1. DICTAMEN MEDICO PRECISO (ORIGINAL Y 2 COPIAS): En papel Oficial con sello de la Institución, anotando claramente la información que se solicita en el Formato de Dictamen Médico anexo, emitido por los Servicios de Salud de Zacatecas (Solo en las Jornadas Quirúrgicas y cualquier tipo de Silla de Ruedas).
2. 1 COPIA DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO.
3. FOTOGRAFÍA: Una del beneficiario y una del solicitante. (LO MAS RECIENTE POSIBLE.) impresa en papel fotográfico. (Solo en las Jornadas Quirúrgicas)
4. CONSTANCIA DE INGRESOS O DE DEPENDENCIA ECONÓMICA, indicando el nombre del paciente, tipo de actividad y monto aproximado de ingresos mensuales del paciente o de quien sostiene económicamente al paciente y la familia, por el Comisariado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal. Firmada y sellada. (Solo en las Jornadas Quirúrgicas)
5. 1 COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO: Recibo de Agua o de Luz, RECIENTE, o constancia de residencia expedida por el Comisariado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal. (no mayor a 3 meses)
6. 1 COPIAS CURP DEL BENEFICIARIO.
7. FORMATOS ESPECÍFICOS QUE MANEJA LA BENEFICENCIA PUBLICA.

Además de los requisitos anteriores, el personal de Trabajo Social, deberá recabar y/o elaborar lo siguiente:

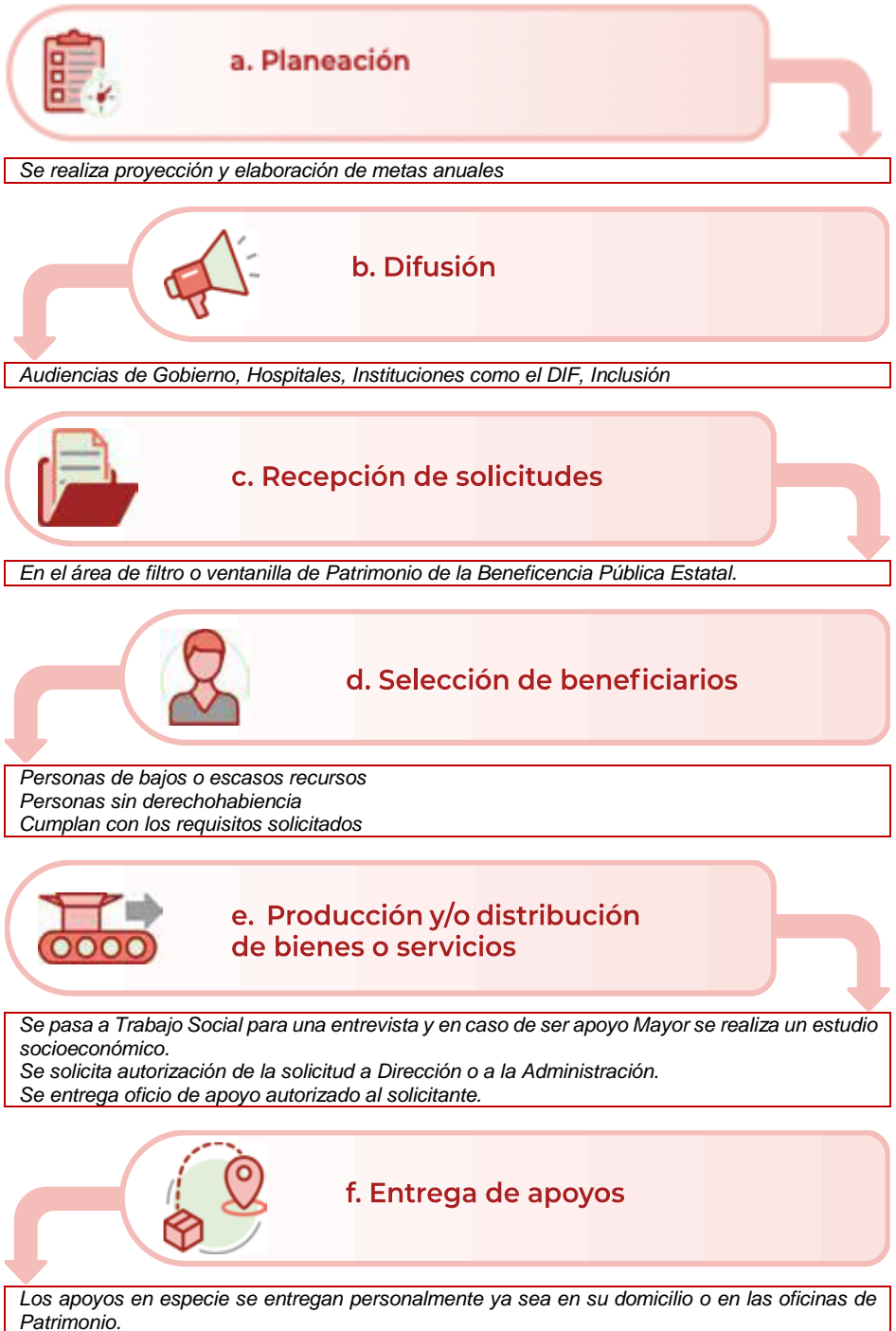
1. Estudio socioeconómico realizado por el área de Trabajo Social en original para el expediente, debidamente firmado por la persona solicitante. (Anexo 1).
2. Aviso de privacidad (Anexo 4)
3. Carta compromiso (Anexo 5)
4. Formulario de Consentimiento (Anexo 6)
5. Recibo de apoyo, firmado por el beneficiario. (Anexo 7)

### III.- Restricciones de Elegibilidad

Cuando la persona solicitante no cumpla con los requisitos previstos en estos Lineamientos según el tipo de apoyo que se trate, no se justifica plenamente el apoyo solicitado, presente documentación alterada, el presupuesto asignado para tal fin este agotado

### e). - Proceso de operación o instrumentación

A continuación, se detalla el procedimiento por las áreas responsables dentro del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal:



*Se realiza transferencia al proveedor que se solicita en apoyo.*



### g. Seguimiento a beneficiarios

*Por medio de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias.*



### h. Comprobación o cumplimiento de resultados

*Programación de metas de los componentes y las actividades del programa presupuestario del año fiscal.*

#### f). - Padrón de Beneficiarios

En cumplimiento a lo establecido en el artículo 107 de la Ley de Austeridad, Disciplina y Responsabilidad Financiera del Estado de Zacatecas y sus Municipios, la Jefatura de Servicios de Salud de Zacatecas, deberá elaborar el Padrón de personas beneficiadas para ser publicado en la página del Padrón de Beneficiarios del Gobierno del Estado de Zacatecas.

Por tal motivo el padrón de beneficiarios como elemento indispensable para la transparencia, rendición de cuentas, monitoreo y evaluación del proyecto será integrado por el departamento de análisis, evaluación, y difusión, así como el área de Trabajo Social de integración del padrón misma que notificará de manera oficial el registro de los beneficiarios en el Sistema Integral del Padrón de Beneficiarios del Gobierno del Estado a la Coordinación Estatal de Planeación, dirigiendo copia al Titular del Ejecutivo del Estado.

Asimismo, la integración del Padrón Único de Beneficiarios del Gobierno del Estado de Zacatecas será registrado en el Sistema Integral del Padrón de Beneficiarios SIPAB a cargo de la Coordinación Estatal de Planeación dentro de los 30 días posteriores de la entrega directa del bien o servicio al beneficiario correspondiente, anexando para este fin el FORMATO PARA EL SISTEMA INTEGRAL DE PADRÓN DE BENEFICIARIOS

#### g). - Transparencia y difusión

El Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Zacatecas, a través del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal, con domicilio en Circuito Cerro del Gato, Edificio G, Planta Baja, Ciudad Gobierno, C.P. 98160, Zacatecas, Zac., es responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione a dicha área, mismos que serán protegidos conforme a lo dispuesto en el artículo 3, fracciones II, VIII, XXVII y XXVIII, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20 y 21 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Zacatecas, Manual de Procedimientos Código DVSFEI, Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto Rev. 0 Proceso Número 5.- Procedimiento para autorizar ayudas funcionales en especie a personas Físicas de escasos recursos sin cobertura de seguridad social (Recursos Presupuestales y Patrimoniales).

#### 4. Transitorios

**PRIMERO.** - Los presentes lineamientos entraran en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico oficial del Gobierno del Estado de Zacatecas.

**SEGUNDO.** - En caso de controversia para la aplicación del reglamento interno del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal, el trámite estará en congruencia con el presente lineamiento.

**Zacatecas, Zac., a los 16 días del mes de Marzo del año 2024. SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS.- DR. USWALDO PINEDO BARRIOS. Rúbrica.**

## 6.- Anexos

## ANEXO 1. ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO APBP NACIONAL.



Dirección de Vinculación Social,  
Filantropía y Evaluación del Impacto

ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA  
DIRECCIÓN DE VINCULACIÓN SOCIAL FILANTROPIA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO  
SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES Y VINCULACIÓN SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y GESTIÓN CIUDADANA  
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO PARA PERSONAS FÍSICAS

## 1.- DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO) NOMBRE (S))

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
(CALLE) (NÚMERO) (COLONIA)

(ALCALDÍA O MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (CÓDIGO POSTAL)

TELÉFONO) \_\_\_\_\_

## FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

(AÑO) (MES) (DÍA) (LUGAR)

SEXO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ CANALIZADO POR \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ INGRESO \$ \_\_\_\_\_

## APOYO EN ESPECIE:

**DECLARATORIA DE NECESIDAD:** Por medio de la presente confirmo **bajo protesta de decir verdad** que durante este año **NO he recibido apoyo en Especie** de \_\_\_\_\_ y que **NO he iniciado proceso de solicitud de apoyo en otra instancia de Gobierno**, por lo que en este acto hago por primera vez la solicitud, ya que, de acuerdo a mis ingresos sin el apoyo de la Beneficencia Pública no podré acceder al mismo.

**Manifiesto bajo protesta de decir verdad que no declaro falsedad**, porque de ser así estoy consciente e informado de que puedo ser sujeto de la sanción señalada en la fracción I del artículo 247 del Código Penal Federal, que a la letra dice: "Falsedad en declaraciones judiciales y en informes dados a una autoridad Artículo 247.- Se impondrán de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa: I.- Al que interrogado por alguna autoridad pública distinta de la judicial en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad".

## 2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
(APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO) NOMBRE (S))

TELÉFONO \_\_\_\_\_

1

Aniceto Ortega Núm. 1321 Col. Del Valle, CP. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.  
Tel: 551 5534 0360 <http://www.gob.mx/salud/apbp>





Dirección de Vinculación Social,  
Filantropía y Evaluación del Impacto

**3.- CONSTITUCIÓN FAMILIAR:** (PERSONAS QUE HABITAN EN EL MISMO DOMICILIO)

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | OCUPACIÓN | INGRESO |
|--------|------|------------|-----------|---------|
|        |      |            |           |         |
|        |      |            |           |         |
|        |      |            |           |         |
|        |      |            |           |         |
|        |      |            |           |         |

**NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS:** \_\_\_\_\_ **INGRESO TOTAL MENSUAL FAMILIAR:** \$ \_\_\_\_\_

**4.- SITUACIÓN ECONÓMICA:**

**GASTO MENSUAL FAMILIAR.**

ALIMENTACIÓN \$ \_\_\_\_\_ SALUD \$ \_\_\_\_\_

VIVIENDA(MANTENIMIENTO) \$ \_\_\_\_\_

EDUCACIÓN \$ \_\_\_\_\_ SERVICIOS PÚBLICOS \$ \_\_\_\_\_ OTROS ( )  
\$ \_\_\_\_\_

TRANSPORTE \$ \_\_\_\_\_ VIVIENDA (RENTA) \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL DE EGRESOS MENSUALES FAMILIARES** \$ \_\_\_\_\_

**5.- ALIMENTACIÓN:**

DESAYUNO:

COMIDA:

CENA:

**6.- VIVIENDA:**

ZONA \_\_\_\_\_ TIPO DE VIVIENDA \_\_\_\_\_ RÉGIMEN DE PROPIEDAD \_\_\_\_\_

2

Aniceto Ortega Núm. 1321, Col. Del Valle, CP. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.  
Tel: (55) 5534 0360 <https://www.gob.mx/salud/apbp>







Dirección de Vinculación Social,  
Filantropía y Evaluación del Impacto

SERVICIOS PÚBLICOS: LUZ ( ) AGUA ( ) PAVIMENTO ( ) DRENAJE ( ) TELÉFONO ( ) TRANSPORTE ( )

SERVICIOS CON QUE CUENTA: LUZ ( ) AGUA ( ) GAS ( ) DRENAJE ( ) TELÉFONO ( )

OTROS \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ESPACIOS: \_\_\_\_\_ SALA ( ) COMEDOR ( ) RECÁMARA ( ) COCINA ( )

BAÑO: \_\_\_\_\_ OTROS: \_\_\_\_\_

TIPO DE CONSTRUCCIÓN: PAREDES \_\_\_\_\_ TECHO \_\_\_\_\_

PISO \_\_\_\_\_

**7.- SALUD DEL BENEFICIARIO:**

PADECIMIENTO ACTUAL: \_\_\_\_\_ CAUSA: \_\_\_\_\_

RECIBE ATENCIÓN MÉDICA: SÍ ( ) NO ( ) OTRO ( )

NOMBRE DE LA TRABAJADORA SOCIAL: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA CANALIZADORA: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN Y TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE APLICACIÓN:  
 \_\_\_\_\_ (AÑO) \_\_\_\_\_ (MES) \_\_\_\_\_ (DÍA) \_\_\_\_\_ (LUGAR)

**EVALUACIÓN GENERAL DE TRABAJO SOCIAL:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

"Yo el Solicitante y/o beneficiario manifiesto que los datos asentados que proporciono bajo protesta de decir la verdad son fidedignos, responsabilizándome de la veracidad de los mismos, aceptando que su falsedad me hará sujeto de las sanciones administrativas, civiles y penales correspondientes; autorizando para confirmar la veracidad de los mismos la inspección física por parte del Patrimonio de la Beneficencia Pública en la dirección del beneficiario o en su defecto por vía telefónica."

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA PROFESIONAL Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL**

EL PROGRAMA QUE GENERA ESTE APOYO GRATUITO ES DE CARÁCTER PÚBLICO, SUJETO A LA REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROPIO PROGRAMA. NO ES PATROCINADO NI PROMOVIDO POR PARTIDO POLÍTICO ALGUNO. ESTÁ PROHIBIDO EL USO DE ESTE PROGRAMA CON FINES POLÍTICOS, ELECTORALES, DE LUCRO Y OTROS DISTINTOS A LOS ESTABLECIDOS., QUIEN HAGA USO INDEBIDO DE LOS RECURSOS DE ESTE PROGRAMA DEBERÁ SER DENUNCIADO Y SANCIONADO DE ACUERDO CON LA LEY APLICABLE Y ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE.



7b34b42a522c6ea463a140fe53bde50293a137c3dfcaf36d81e64347aa0ab5828

**ANEXO 2. RECIBO DE APOYO ESTATAL**

|        |
|--------|
| FOLIO  |
| Nº FXP |

SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS  
ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA ESTATAL

**NOMBRE DEL BENEFICIARIO:**

|  
**AYUDA OTORGADA POR ÚNICA VEZ**

**DE MANERA GRATUITA:**

**FECHA DE ENTREGA:**

**NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE:**

FIRMA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**DIRECTORA DEL PATRIMONIO  
DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA ESTATAL  
LAE GABRIELA ESTEFANIA TRINIDAD SALAZAR**

**ANEXO 3. DICTAMEN MÉDICO.**

|   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
|  <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;"><b>DICTAMEN MEDICO</b></p>                                   |   |                                       |
| <p><b>NOTA:</b> ESTE DOCUMENTO DEBERÁ IR ESCRITO Ó A MAQUINA SIN PRESENTAR TACHADURAS, ENMENDADURAS O ALTERACIONES.</p>   |   |                                       |
| <b>DATOS DE LA INSTITUCIÓN</b>  |   |                                       |
|   |   |                                       |
| <b>DATOS GENERALES DEL PACIENTE</b>   |   |                                       |
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____<br><small>(APELLIDO PATERNO)                      (APELLIDO MATERNO)                      (NOMBRES)</small>  |   |                                       |
| SEXO: _____ EDAD: _____   |   |                                       |
| <b>HISTORIAL CLÍNICO</b>  |   |                                       |
| CUADRO CLÍNICO: _____<br>_____<br>_____   |   |                                       |
| DIAGNOSTICO: _____<br>_____   |   |                                       |
| REQUERIMIENTO DEL BIEN Y CARACTERÍSTICAS (Cantidad, medidas, modelos, marcas, etc.)<br>_____<br>_____<br>_____  |   |                                       |
| PRONOSTICO:<br>_____<br>_____   |   |                                       |
| <b>FECHA:</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>   |   |                                       |
| <b>MÉDICOS RESPONSABLES</b>   |   |                                       |
| FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA<br>(1) _____<br>(2) _____<br>(3) _____<br>(4) _____<br><small>(1) NOMBRE COMPLETO (2) CEDULA PROFESIONAL<br/>(3) REGISTRO S.S.A. (4) ESPECIALIDAD</small> | Vo Bo DEL DIRECTOR O SUBDIRECTOR MEDICO<br>(1) _____<br>(2) _____<br>(3) _____<br><small>(1) NOMBRE COMPLETO (2) CEDULA PROFESIONAL (3) CARGO</small> | FECHA<br>Y SELLO<br>DE LA INSTITUCIÓN |
| EN CASO DE AUXILIARES AUDITIVOS, ANEXAR ESTUDIO AUDIOMÉTRICO.   |   |                                       |

7b34b42a522c6ea463a140fe53bde50293a137c3dfcaf36d81e64347aa0ab5828

## ANEXO 4. AVISO DE PRIVACIDAD APBP NACIONAL.



**BENEFICENCIA PÚBLICA** Dirección de Vinculación Social, Filantropía y  
 ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA  
 Evaluación del Impacto

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Mediante el presente documento, la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, informa a Usted los términos en que serán tratados los Datos Personales que recabe, por lo cual le recomendamos que lea atentamente la siguiente información. La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en calle Aniceto Ortega 1321, Colonia Del Valle, Ciudad de México, Demarcación Territorial Benito Juárez, C.P. 03100, y portal de internet <http://www.apbpsalud.gob.mx/>, es el responsable del uso y protección de sus Datos Personales y al respecto le informamos lo siguiente:

**¿Para qué fines utilizaremos sus Datos Personales?**

Los Datos Personales que recibamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el trámite que solicita:

- APOYOS EN ESPECIE A LAS PERSONAS FÍSICAS DE ESCASOS RECURSOS SIN COBERTURA DE SEGURIDAD SOCIAL.

**¿Qué Datos Personales utilizaremos para estos fines?**

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente AVISO DE PRIVACIDAD, podremos solicitarle entre otros, los siguientes Datos Personales:

|   |                       |                      |
|---|-----------------------|----------------------|
| • Nacionalidad                                | • Estado Civil        | • Correo electrónico |
| • Fecha de nacimiento                         | • Nombre              | • Firma autógrafa    |
| • Lugar de nacimiento                         | • Domicilio           | • Edad               |
| • Clave única de Registro de Población (CURP) | • Teléfono particular | • Fotografía         |
| • Registro Federal de Contribuyentes (RFC)    | • Teléfono celular    | • Huella Digital     |

Además de los Datos Personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente AVISO DE PRIVACIDAD podremos requerirle los siguientes Datos Personales considerados como sensibles, mismos que requieren de especial protección:

|                            |                                    |
|----------------------------|------------------------------------|
| • Dictamen Médico          | • Dictamen post Operatorio         |
| • Estudio Socioeconómico   | • Constancia de entrega del insumo |
| • Constancia de Colocación |                                    |

Con relación a esta última categoría, le informamos que los Datos Personales Sensibles que se recaben del Titular serán obtenidos únicamente en forma directa, es decir en forma personal, en el entendido de que los Datos Personales Sensibles recabados se tratarán con la finalidad exclusiva de realizar y dar seguimiento al proceso del apoyo otorgado.

Cabe aclarar que respecto de los Datos Personales que proporcione referentes a terceras personas, se presume que usted ha obtenido el consentimiento del Titular de que se trate para efectuar dicha entrega, por tanto, es responsable de dicha situación.

Tratándose de Datos Personales de menores de edad y personas en estado de interdicción o incapacidad declarada, se presume que usted cuenta con la representación legal prevista en la Legislación Civil que le resulte aplicable, siendo esto de igual forma su responsabilidad.

**¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?**

Le informamos que sus Datos Personales podrán ser tratados para los siguientes fines:

- a) Apoyos en Especie a las Personas Físicas de escasos recursos sin cobertura de Seguridad Social
- b) Los datos requeridos para dar cumplimiento con la información publicada en el Portal de Transparencia. Solo será publicados el nombre completo, apellidos, sexo y el Monto (en pesos), del recurso, beneficio o apoyo otorgado.
- c) Informes de Labores, Programas de Trabajo y Rendición de Cuentas

Así mismo serán compartidos dentro del Territorio Nacional con los proveedores con los que esta institución lleve a cabo el proceso de adquisición del insumo solicitado.

Se le informa que, al otorgar su consentimiento para el tratamiento de sus Datos Personales, Usted autoriza a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública a utilizarlos para la transferencia de su uso, al proveedor responsable de proporcionar el insumo solicitado.

Como parte del cumplimiento a la normatividad referente a la Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, podrán llevarse a cabo eventos donde serán tomadas fotografías, con la posibilidad de ser publicadas o difundidas por cualquier medio de comunicación, ya sea electrónica o impresa.

**Otorgo mi consentimiento para la transferencia y uso de mis Datos Personales:**

1. Nombre completo
- 2.- Firma y/o Huella Digital del beneficiario, (en caso de ser menor de edad padre o tutor)

**Mecanismo para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (ARCO).**

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO directamente ante la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, Órgano Desconcentrado de la Secretaría de Salud, con domicilio en calle Aniceto Ortega 1321, Colonia del Valle, Ciudad de México, Demarcación Territorial Benito Juárez, C.P. 03100 y/o al correo electrónico [asistencia@apbpsalud.gob.mx](mailto:asistencia@apbpsalud.gob.mx).

**Cambios al aviso de privacidad**

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, serán dados a conocer mediante una publicación en la página <http://apbpsalud.gob.mx/>

Aniceto Ortega Núm. 1321, Col. Del Valle, CP. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.  
 Tel: (55) 5514 0360 <https://www.gob.mx/salud/apbp>



## ANEXO 5. CARTA COMPROMISO APBP NACIONAL.



Dirección de Vinculación Social, Filantropía y  
Evaluación del Impacto.

## CARTA COMPROMISO

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: a \_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

**ADRIÁN BENÍTEZ RUIZ**  
Director General Administración  
del Patrimonio de la Beneficencia Pública

**PRESENTE**

El que suscribe, **C.** \_\_\_\_\_, quien solicita del apoyo de este Órgano Desconcentrado para recibir \_\_\_\_\_ necesario (a) para el mejoramiento  
(Descripción del apoyo)  
de mi salud y calidad de vida, permitiéndome la reincorporación a mis actividades cotidianas.

Por este medio, una vez recibido el apoyo, me comprometo a utilizar de manera adecuada el material otorgado por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, de acuerdo a las recomendaciones que me fueron dadas por mi médico tratante para su mayor aprovechamiento.

Así mismo asistir a las terapias de rehabilitación no hospitalarias, o bien, cualquier otra que sea requerida para el mejoramiento de mi calidad de vida.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
Firma y huella del beneficiario

(Firma el beneficiario)

Aniceto Ortega Núm. 1321, Col. Del Valle, CP. 05100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México  
Tel: (55) 5534 0360 <https://www.gob.mx/salud/apbp>





Dirección de Vinculación Social, Filantropía y  
Evaluación del Impacto.

### CARTA COMPROMISO

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2024.

**ADRÍAN BENÍTEZ RUIZ**  
Director General Administración  
del Patrimonio de la Beneficencia Pública

### PRESENTE

El que suscribe, **C.** \_\_\_\_\_, quien solicita del apoyo de este Órgano

Desconcentrado en favor de \_\_\_\_\_  
(Nombre y parentesco del beneficiario)

para recibir \_\_\_\_\_ necesario (a) para el mejoramiento  
(Descripción del apoyo)

de su salud; y mejorar la calidad de vida, para su reincorporación a las actividades cotidianas.

Por este medio, una vez recibido el apoyo, me comprometo a vigilar que el apoyo otorgado por la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública sea utilizado de manera adecuada, de acuerdo a las recomendaciones que fueron dadas por el médico tratante para su mayor aprovechamiento en favor del beneficiario antes señalado.

Así mismo llevar al beneficiario a las terapias de rehabilitación no hospitalarias, o bien, cualquier otra que sea requerida para el mejoramiento de su calidad de vida.

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Firma y huella del solicitante**

(Documento a llenar en caso de que el beneficiario sea menor de edad o sea una persona con discapacidad física y/o cognitiva que le impida asumir por sí mismo el cuidado del uso del apoyo otorgado)

Amiceto Ortega Núm. 1321, Col. Del Valle, CP. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.  
Tel: (55) 5534 0360 <https://www.gob.mx/salud/apbp>



## ANEXO 6. CARTA DE CONSENTIMIENTO APBP NACIONAL.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**BENEFICENCIA PÚBLICA**  
ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE GRABACIÓN DE ENTREGA DE INSUMO

El que suscribe el presente, \_\_\_\_\_, Por mi propio derecho, con plena capacidad para la celebración de este acto, otorgo autorización expresa a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, para llevar a cabo la filmación relacionada con la entrega del insumo \_\_\_\_\_ para el uso, edición y transmisión en vivo de cualquier de las imágenes, a través de los medios de comunicación.

Manifiesto desde ahora, para todos los efectos legales a que haya lugar, que autorizo de manera expresa e irrevocable a la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública, para llevar a cabo la difusión a través de cualquier medio de difusión, incluyendo, televisión y radio abierta o restringida, circuito cerrado de televisión, sistemas de transmisión restringido en medios de transporte, hilo cinematográfico, cable, fibra óptica, microondas, sistema de difusión vía satélite punto a punto o Directa al Hogar ("DHT"), redes informáticas, cintas, videocasetes, discos versátiles digitales ("DVD"), medios impresos, incluyendo sin limitar, tarjetas postales, posters e inserciones en periódicos y revistas, o cualquier otra clase de formato o soporte material que se use en el presente o se invente en el futuro, ya sea en lo individual o a través de compilaciones o colecciones de los diversos comerciales publicitarios obtenidos de las sesiones de filmación antes descritas, en los cuales pueden contenerse imágenes fijas o en movimiento del (la) suscrito (a). También se incluye la conversión a formato digital y el almacenamiento y publicación en Internet.

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo en la filmación por parte de la Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública de la entrega del insumo que se me otorga para mi uso personal. Así mismo, consiento el uso de mis datos personales en relación con todos los usos para garantizar la transparencia de los recursos y autorizo la grabación de mi imagen y voz, en un medio fotográfico, de video, audio, digital, electrónico o cualquier otro de los mencionados previamente.

#### ATENTAMENTE

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 2024.


Este formulario debe ser firmado por la persona que ha aceptado ser grabada y filmada como parte principal en la entrega de un insumo para el mejoramiento de su calidad visual o salud.

El propósito de este formulario es obtener el consentimiento para la filmación y/o grabación de la entrega de insumos a personas físicas para mejorar su calidad de vida o salud, que se utilizara en varios medios. La Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública garantiza que el uso de las grabaciones se utilice para fines de atestiguar la entrega del insumo solicitado, transparentando la entrega gratuita del mismo por parte del beneficiario /o institución intermediaria.

Aniceto Ortega Núm. 1321, Col. Del Valle, CP. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México  
Tel: (55) 5534 0360 <https://www.gob.mx/salud/apbp>



## ANEXO 7. RECIBO DE APOYO APBP NACIONAL.

|  |   |
|--|---|
|   <b>BENEFICENCIA PÚBLICA</b> Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto<br><small>ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA</small>   |   |
| <b>RECIBO DE APOYO</b>   |   |
| NOMBRE DEL BENEFICIARIO (A):   | _____   |
| AYUDA OTORGADA POR ÚNICA VEZ DE FORMA GRATUITA:  | _____   |
| CANALIZADO POR:  | _____   |
| DONADO POR:  | <b>ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA</b> |
| FECHA DE ENTREGA DE LA AYUDA:  | _____   |
| RECIBE: *  | _____   |
| RELACIÓN O PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:   | _____   |
| <hr/> <b>FIRMA Y/O HUELLA DEL BENEFICIARIO</b>   |   |
| <p>* Anexar copia de identificación del beneficiario y en caso de recibir un familiar del beneficiario anexar también identificación del familiar que recibe el donativo. Anexar evidencia fotográfica que acredite la entrega.</p> <p>NOTA: En ningún caso puede recibir el apoyo algún gestor o representante de alguna institución pública o asociación en nombre del beneficiario.</p>   |   |
| <p><b>DECLARATORIA DE RECEPCIÓN DE APOYO POR PRIMERA VEZ:</b> Por medio de la presente corroboro bajo protesta de decir verdad que <b>es la primera vez que durante este año recibo este apoyo en materia de salud</b>, por lo que antes de este acto <b>NO</b> había recibido el apoyo antes mencionado de la Beneficencia Pública ni de ninguna otra instancia o institución pública.</p> <p><b>Manifiesto bajo protesta de decir verdad que no declaro falsedad</b>, porque de ser así estoy consciente e informado de puedo ser sujeto de la sanción señalada en la fracción I del artículo 247 del Código Penal Federal, que a la letra dice: "Falsedad en declaraciones judiciales y en informes dados a una autoridad Artículo 247.- Se impondrán de cuatro a ocho años de prisión y de cien a trescientos días multa: 1.- Al que interrogado por alguna autoridad pública distinta de la judicial en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad".</p> |   |
| <p>Aniceto Ortega Núm. 1321, Col. Del Valle, CP. 03100, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.<br/> Tel: (55) 5534-0360 <a href="https://www.gob.mx/salud/apbp">https://www.gob.mx/salud/apbp</a></p>   |   |
|  <b>2024</b><br><b>Felipe Carrillo</b><br><b>PUERTO</b><br><small>GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS</small>  |   |





**2.- DATOS DEL SOLICITANTE:**

- SOLICITANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)

EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 CALLE NUMERO COLONIA

DELEGACION O MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL TELEFONO

**3.- CONSTITUCION FAMILIAR: (PERSONAS QUE HABITAN EL MISMO DOMICILIO)**

| NOMBRE | EDAD | PARENTESCO | OCUPACION | ESCOLARIDAD | INGRESOS \$ |
|--------|------|------------|-----------|-------------|-------------|
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |
|        |      |            |           |             |             |

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS: \_\_\_\_\_ TOTAL INGRESO MENSUAL FAMILIAR: \_\_\_\_\_

RECIBE AYUDA ECONOMICA DE FAMILIARES: SI ( ) NO ( ) CUANTO: \$ \_\_\_\_\_

PARENTESCO \_\_\_\_\_ TIEMPO DE RECIBIR LA AYUDA \_\_\_\_\_

**4.- SITUACION ECONOMICA:**

**GASTO MENSUAL FAMILIAR:** \_\_\_\_\_

ALIMENTACION \$ \_\_\_\_\_ SALUD \$ \_\_\_\_\_ VIVIENDA (MANTENIMIENTO) \$ \_\_\_\_\_

EDUCACION \$ \_\_\_\_\_ TELEFONO \$ \_\_\_\_\_ LUZ \$ \_\_\_\_\_ AGUA \$ \_\_\_\_\_

OTROS ( ) \$ \_\_\_\_\_ TRANSPORTE \$ \_\_\_\_\_ VIVIENDA (RENTA) \$ \_\_\_\_\_

DIVERSION \$ \_\_\_\_\_ VESTIDO \$ \_\_\_\_\_

**TOTAL EGRESO MENSUAL FAMILIAR \$** \_\_\_\_\_

**TIPO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA LA FAMILIA:** URBANO ( ) AUTOMOVIL ( ) OTROS \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5.-ALIMENTACION: ( QUE REGULARMENTE CONSUME LA FAMILIA )**

DESAYUNO \_\_\_\_\_

COMIDA \_\_\_\_\_

CENA \_\_\_\_\_

**TIPO DE ALIMENTACION:** BUENA ( ) REGULAR ( ) MALA ( )

7b34b42a522cdea463a140fe53bde50293a137c3dfcaf36d81e64347aa0ab5828

**6.- DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y LUGAR DE LA UBICACION:**

ZONA \_\_\_\_\_ SERVICIOS PUBLICOS: ELECTRICIDAD ( ) AGUA POTABLE ( ) PAVIMENTO ( ) DRENAJE ( ) TELEFONO ( ) TRANSPORTE ( )

TIPO DE VIVIENDA: CASA ( ) CONDOMINIO ( ) DUPLEX ( ) VECINDAD ( )

REGIMEN DE PROPIEDAD: PROPIA ( ) PRESTADA ( ) RENTADA ( ) COMPARTIDA ( )

SERVICIOS CON QUE CUENTA LA VIVIENDA: LUZ ( ) AGUA ( ) COMBUSTIBLE: GAS ( ) PETROLEO ( ) DRENAJE ( ) TELEFONO ( )

OTROS ( ) \_\_\_\_\_

NUMERO DE ESPACIOS: \_\_\_ SALA ( ) COMEDOR ( ) RECAMARA ( ) COCINA ( ) BAÑO \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSTRUCCION: PAREDES \_\_\_\_\_ TECHO \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_

ESTADO DE LA VIVIENDA: BUENO ( ) REGULAR ( ) MALO ( )

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.- SALUD DEL BENEFICIARIO:**

PADECIMIENTO ACTUAL \_\_\_\_\_ DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

CAUSA \_\_\_\_\_ TIEMPO DE EVOLUCION \_\_\_\_\_

ES DERECHOHABIENTE DE: IMSS ( ) ISSSTE ( ) SSA ( ) PARTICULAR ( ) OTROS ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

RECIBE ATENCION MEDICA: SI ( ) NO ( ) DONDE \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8.- EVALUACION GENERAL:**

NOMBRE DEL (LA) TRABAJADOR (A) SOCIAL: \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA CANALIZADORA: \_\_\_\_\_

DIRECCION Y TELEFONO: \_\_\_\_\_

**FECHA Y LUGAR DE APLICACION:**

AÑO

MES

DIA

LUGAR

**EVALUACION GENERAL DE TRABAJO SOCIAL:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EL SOLICITANTE Y/O BENEFICIARIO MANIFIESTA QUE LOS DATOS ASENTADOS EN EL PRESENTE SON VERDADEROS Y ACEPTA SEAN CORROBORADOS POR EL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA.

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO \_\_\_\_\_ FIRMA DEL (LA) TRABAJADOR (A) SOCIAL \_\_\_\_\_

**Evidencia Criptográfica - Transacción SeguriSign**  
**Archivo Firmado: CGJ\_SUPLEMENTO 4 AL PERIODICO 24\_2024.pdf**  
**Secuencia: 3872299**

Autoridad Certificadora: AUTORIDAD CERTIFICADORA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS

|                 |                                |   |                    |    |             |
|-----------------|--------------------------------|---|--------------------|----|-------------|
| <b>Firmante</b> | <b>Nombre:</b>                 | CIPRIANO ANDRES ARCE PANTOJA  | <b>Validez:</b>    | OK | Vigente     |
|                 | <b>CURP:</b>                   | AEPC630210HDGRNP16  |                    |    |             |
| <b>Firma</b>    | <b># Serie:</b>                | 00000000000000000071  | <b>Revocación:</b> | OK | No Revocado |
|                 | <b>Fecha: (UTC / Local)</b>    | 2024-03-23T16:00:23Z / 2024-03-23T10:00:23-06:00  | <b>Status:</b>     | OK | Valida      |
|                 | <b>Algoritmo:</b>              | SHA1/RSA_ENCRYPTION   |                    |    |             |
|                 | <b>Cadena de firma:</b>        | 30 b4 3a 7f f6 6e bd 28 b3 f3 c9 5b 1a 2c a7 b4 1f c7 1c 0c 4e 6b 74 ee ad 5d e7 c1 c2 06 8f c0 c7 f1 50 55 16 ca 8d 14 8d bc 98 0e 27 56 95 a0 45 b9 5d 8c 86 b7 de b1 26 6f ce d9 c3 86 a2 a4 10 42 a1 ac a0 20 45 ad 04 b0 8b 25 4b d5 82 29 52 d5 aa 51 c5 12 15 ec 63 5e c2 89 4b a8 49 6a ee 80 d3 c4 97 3d 71 7b d9 9c cc e6 53 6e 05 aa 85 ef 5c 3b e1 d4 c1 92 70 50 ec e5 26 1d 69 7b 2b 49 e3 dd fb a2 45 6e 76 fb 3f e8 6a cd 7f 1f 9f f0 55 a2 2d e1 37 82 ca 7d 56 fd ce 6b d2 07 6c ff f9 49 35 84 8d ed 69 ad 82 3a c3 53 42 e9 d3 d9 d0 3d 86 31 85 35 7f 1e 97 d7 2c eb 02 6b 3b 40 12 0f a7 65 01 b2 27 65 85 26 1d d7 df 7c cd 09 9f 53 b4 61 2d bc 4d 13 fd 13 1c 59 db b5 2f 0b 6b 5c 7c af 2a 01 a6 c0 8b b9 bd 08 7c 72 2e ff 0b eb ea 27 a2 df 9a a8 99 76 4c 39 ad 90 |                    |    |             |
| <b>OCSP</b>     | <b>Fecha: (UTC / Local)</b>    | 2024-03-23T16:00:23Z / 2024-03-23T10:00:23-06:00  |                    |    |             |
|                 | <b>Nombre del respondedor:</b> | OCSP  |                    |    |             |
|                 | <b>Emisor del respondedor:</b> | AUTORIDAD CERTIFICADORA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS  |                    |    |             |
|                 | <b>Número de serie:</b>        | 00000000000000000071  |                    |    |             |
| <b>TSP</b>      | <b>Fecha : (UTC / Local)</b>   | 2024-03-23T16:00:23Z / 2024-03-23T10:00:23-06:00  |                    |    |             |
|                 | <b>Nombre del respondedor:</b> | TSP   |                    |    |             |
|                 | <b>Emisor del respondedor:</b> | AUTORIDAD CERTIFICADORA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS  |                    |    |             |
|                 | <b>Secuencia:</b>              | 540979  |                    |    |             |
|                 | <b>Datos estampillados:</b>    | 7B34B42A522DEA463A140FE53BDE50293A137C3DFCAF36D81E64347AA0AB5828  |                    |    |             |