



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 CXXXV

Núm. 23

Zacatecas, Zac., miércoles 19 de marzo de 2025

SUPLEMENTO

2 AL No. 23 DEL PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO
CORRESPONDIENTE AL DÍA 19 DE MARZO DE 2025

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

Fundamentación y motivación jurídica

Dr. Usualdo 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 84º y 86º de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Zacatecas; artículo 4º; artículo 25º, fracción XI; 36, fracción III, 44, 47 y 48 Fracción V de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Zacatecas; artículos 12º, 254º y 255º de la Ley de Salud del Estado de Zacatecas; artículo 14º, Fracción VII del Reglamento Interior del PBPE; así como los artículos aplicables del Presupuesto de Egresos del Estado de Zacatecas para el Ejercicio Fiscal 2025 y Ley de Planeación del Estado de Zacatecas y sus Municipios, tengo a bien señalar lo siguiente:

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

El Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal es un órgano desconcentrado de los Servicios de Salud de Zacatecas, 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.

De igual manera, tiene como objetivo proporcionar asistencia y apoyo a personas en situaciones de necesidad, especialmente aquellas que enfrentan dificultades económicas, enfermedades o discapacidades. Su función es brindar ayuda humanitaria, servicios médicos, y otros recursos esenciales para mejorar la calidad de vida de quienes lo requieren; prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente procurando el bienestar la persona enferma.

Solidaridad, caridad, altruismo y beneficencia van de la mano para buscar el fin de la pobreza y crear un mundo más justo para todos. Según la ONU, la beneficencia sirve para lograr múltiples objetivos:

- Contribuir a la promoción del diálogo, la solidaridad y la comprensión mutua entre las personas.
- Mitigar los efectos de las crisis humanitarias.
- Complementar ciertos servicios públicos: salud, vivienda, educación y protección a la infancia.
- Promover la cultura, la ciencia y el deporte, así como la protección del patrimonio cultural y natural.
- Ayudar a concienciar acerca de los derechos de los marginados y desfavorecidos.
- Garantizar la humanidad en situaciones de conflicto.

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 principalmente carece de algún sistema de protección, de seguridad social.

En 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.

2. Disposiciones Generales

a) Objetivos



Objetivo General

Contribuir a garantizar el acceso universal a la salud mediante un servicio médico de alta calidad con énfasis en la salud de grupos vulnerables.



Objetivos Específicos:

OE1. Entrega de apoyo estatal económico o en especie para resolver problemas de salud más urgentes.

OE2. Brindar apoyos federales en especie priorizando población vulnerable que no cuente con seguridad social.

OE3. Contribuir a las necesidades de carácter médico mediante el otorgamiento de apoyos estatales en especie.

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.

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.

SIPAB: Sistema Integral de Padrón de Beneficiarios.

c) **Ámbito de la aplicación**

El programa tiene una cobertura prioritariamente estatal, dirigida a la población en el territorio del Estado 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

Nombre del Programa	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	
Modalidades de apoyo	☒ (X) ☐ () ☐ ()	Apoyos económicos: a. Monetario b. Becas c. Convenios
	☒ (X) ☐ () ☐ ()	Apoyos en especie: a. Bienes b. Servicios c. Infraestructura
Transversalidad	☐ () ☐ () ☐ () ☒ (X) ☐ ()	Alineación a Transversalidades: a. Igualdad Sustantiva b. Derechos Humanos c. Objetivos de Desarrollo Sostenible d. Niñas, Niños y Adolescentes e. Prevención Social del Delito f. Otros
Derecho social y humano	Derecho a la Salud	

II. Alineación Programática

Programa Nacional de Desarrollo 2025-2030	Principio Rector: 2 - Política Social
Plan Estatal de Desarrollo 2022-2027	Principio Rector: 2 - Bienestar para Todos Política Pública: 2 - Salud para el bienestar Estrategia: 3 - Priorizar la atención médica y nutricional en niñas, niños, mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad.
Programa Sectorial de Desarrollo Social	Objetivos, Estrategias y Acciones puntuales de Atención a grupos vulnerables; Objetivo 48.-Ampliar la cobertura de programas sociales federales para la atención a grupos vulnerables.
Objetivo de Desarrollo Sostenible	Salud y Bienestar 

III. Información administrativa-organizacional

Dependencia responsable	Servicios de Salud del Estado de Zacatecas
Dirección o unidad administrativa responsable	Dirección del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal

IV. Información programática-presupuestal

Finalidad del Programa	2 - Desarrollo Social	
Función del Programa	2.3 - Salud	
Presupuesto autorizado	\$7,500 000.00	
Asignación por Capítulo del Gasto	\$7,500 000.00	CAPITULO 4000
		43401 subsidios a la prestación de servicios públicos
Clave del programa presupuestario	Clave: PPIS-504E069	

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 prioritariamente del 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 se cuenten en las unidades médicas).
-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 **\$10, 000.00**



Periodicidad:

Anual



Temporalidad:

Única por
ejercicio Fiscal

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 se encuentren en desabasto en las unidades médicas).
 - Prótesis Externas.
 - Estudios de Gabinete y Laboratorio.
- Lo anterior, hasta por un monto de \$100, 000.00

**Periodicidad:**Cada
tres
años.**Temporalidad:**Única
hasta
por
cada
tres**Apoyo 2. – Apoyo económico Estatal para la salud****Modalidad 1. – Apoyo Menor****Tipo de Apoyo. -****Económico:****Características.**

- Para pago de Honorarios Médicos y Pagos de Hospitalización. Lo anterior, hasta por un monto de \$10,000.00.

**Periodicidad:**

Única durante el ejercicio fiscal

**Temporalidad:**Anualmen
te**Modalidad 2. – Apoyo Mayor****Tipo de Apoyo. –****Económico:****Características.**

- Para pago de Honorarios Médicos y Pagos de Hospitalización

e64b5c3525f0d44c9b9de8f59c3c9521c8373a84095564f154d15b0a7b3393ee



Monto:

Lo anterior hasta un monto de \$100,000.00 no se omite señalar que el pago es directamente a proveedores comprobado por medio de facturación o recibo de honorarios.



Periodicidad:

Única cada 3 años



Temporalidad:

Una 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, sillasPCA y PCI, bastones, andaderas, sillas baño.
- Lentes de Armazón.
- Prótesis de Rodilla y Cadera.
- Kit de lente intraocular para cirugía de catarata.



Periodicidad:

Única durante el ejercicio fiscal



Temporalidad:

Anual mente

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 que el presupuesto asignado para tal fin lo permita, con prioridad al beneficiario que no tenga ninguna seguridad social y pertenezca al territorio zacatecano.

II. Requisitos de Elegibilidad

Apoyo Menor

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

- I. 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.
- II. 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.
- III. 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.
- IV. 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).
- V. 1 COPIA DE LA CURP DEL BENEFICIARIO.

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

- VI. 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.
- VII. 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 se cuente con los servicios en las Unidades Publicas de Salud. Dictamen Médico (Anexo 3).

Apoyo Mayor

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

- I. 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.

- II. 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.
- III. 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.
- IV. 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.
- V. FOTOGRAFÍA: Una del beneficiario y una del solicitante, (LO MAS RECIENTE POSIBLE) impresa en papel fotográfico.
- VI. 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 DEBIDAMENTE SELLADA).
- VII. 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).
- VIII. 2 COPIAS CURP DEL BENEFICIARIO.
- IX. 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:

- II. Estudio socioeconómico realizado por el área de Trabajo Social en original para el expediente, debidamente firmado por la persona solicitante (Anexo 8).
- III. 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.
- IV. 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).

Apoyo Federal

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

- I. 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).
- II. 1 COPIA DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO.
- III. FOTOGRAFÍA: Una del beneficiario y una del solicitante, (LO MAS RECIENTE POSIBLE) impresa en papel fotográfico (solo en las Jornadas Quirúrgicas).
- IV. 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).
- V. 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).
- VI. 1 COPIAS CURP DEL BENEFICIARIO.
- VII. FORMATOS ESPECÍFICOS QUE MANEJA LA BENEFICENCIA PUBLICA.

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

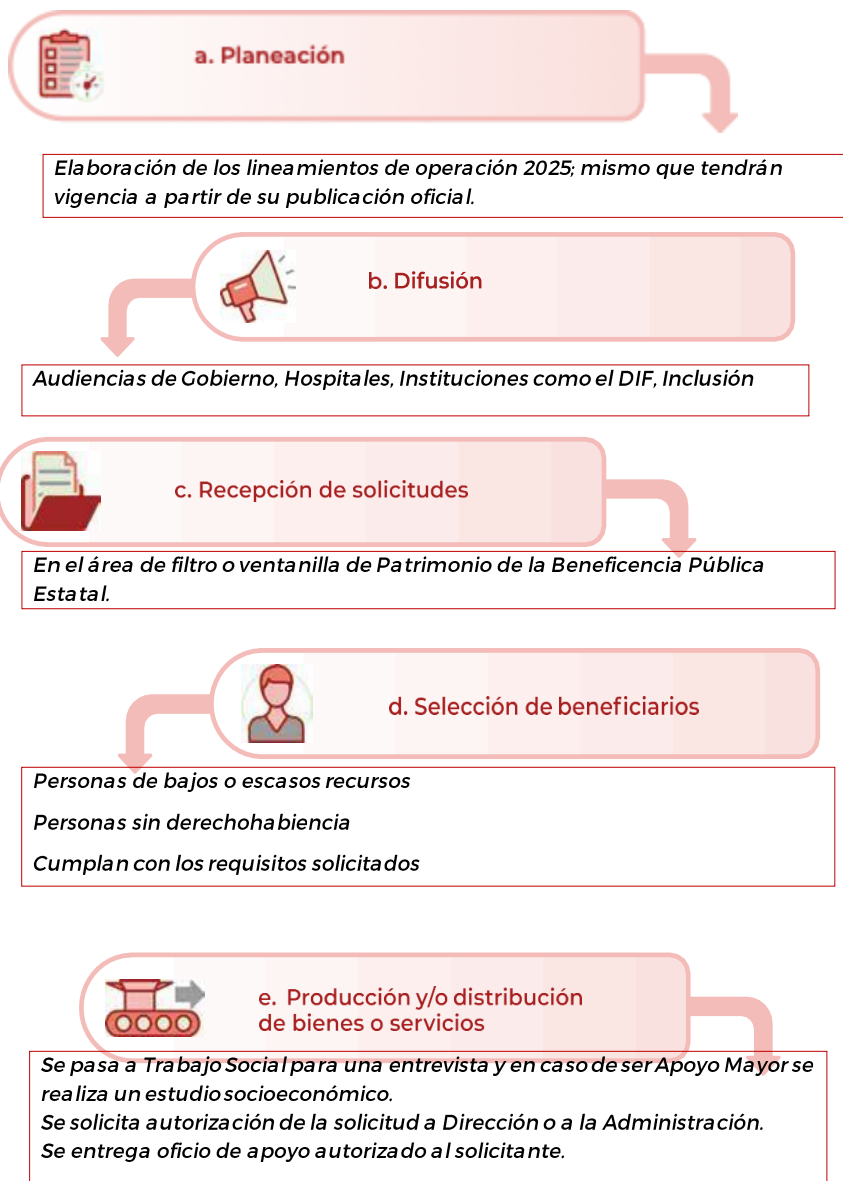
- II. Estudio socioeconómico realizado por el área de Trabajo Social en original para el expediente, debidamente firmado por la persona solicitante (Anexo 1).
- III. Aviso de privacidad (Anexo 4).
- IV. Carta compromiso (Anexo 5).
- V. Formulario de Consentimiento (Anexo 6).
- VI. Recibo de apoyo, firmado 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

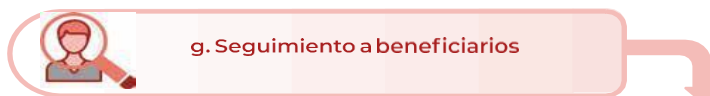
A continuación, se detalla el procedimiento por las áreas responsables dentro del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal:



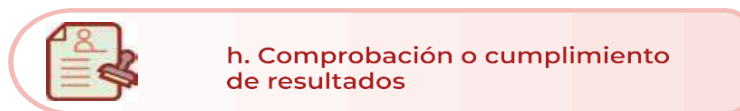


Los apoyos en especie se entregan personalmente ya sea en su domicilio o en las oficinas de Patrimonio.

Se realiza transferencia al proveedor que se solicita en apoyo.



Por medio de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias; es de importancia señalar que la vigencia de estos lineamientos concluye el 31 de diciembre del 2025.



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 del Padrón de Beneficiarios (Anexo 9)

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, Zacatecas. 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.

5.- Fecha, lugar y rúbrica del funcionario facultado para expedir

Zacatecas, Zac., a los 12 días del mes de marzo del año 2025. SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE ZACATECAS.- DR. USWALDO PINEDO BARRIOS. Rúbrica.

13. Anexos

ANEXO 1. ESTUDIO SOCIO ECONÓMICO APBP NACIONAL



BENEFICENCIA PÚBLICA
GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS



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:** _____ **INGRESOS \$:** _____

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: _____


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

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INGRESOS

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**



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 LAS 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.

ANEXO 2. RECIBO DE APOYO ESTATAL

SECRETARÍA
DE SALUD
ESTADO DE ZACATECAS

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

 SECRETARÍA DE Salud ESTADO DE ZACATECAS		
<u>DICTAMEN MEDICO</u>		
NOTA: ESTE DOCUMENTO DEBERÁ IR ESCRITO Ó A MAQUINA SIN PRESENTAR TACHADURAS, ENMENDADURAS O ALTERACIONES.		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN		
DATOS GENERALES DEL PACIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ (APELLIDO PATERNO) (APELLIDO MATERNO) (NOMBRES)		
SEXO: _____ EDAD: _____		
HISTORIAL CLÍNICO		
CUADRO CLÍNICO: _____ _____ _____		
DIAGNOSTICO: _____ _____		
REQUERIMIENTO DEL BIEN Y CARACTERÍSTICAS (Cantidad, medidas, modelos, marcas, etc.) _____ _____ _____		
PRONOSTICO: _____ _____ _____		
FECHA: _____		
MÉDICOS RESPONSABLES		
FIRMA DEL MEDICO ESPECIALISTA (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (1) NOMBRE COMPLETO (2) CEDULA PROFESIONAL (3) REGISTRO S.S.A. (4) ESPECIALIDAD	Vo Bo DEL DIRECTOR O SUBDIRECTOR MEDICO (1) _____ (2) _____ (3) _____ (1) NOMBRE COMPLETO (2) CEDULA PROFESIONAL (3) CARGO	FECHA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN
EN CASO DE AUXILIARES AUDITIVOS, ANEXAR ESTUDIO AUDIOMÉTRICO.		

ANEXO 4. AVISO DE PRIVACIDAD APBP NACIONAL



Dirección de Vinculación Social, Filantropía
Y 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.apbp.salud.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 recabamos de Usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el trámite que solicita:

- APOYOS EN ESPECIAL 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 autógrafo
• 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 postoperatorio
• 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 Especial 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 serán 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 lleva 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 utilizarlos para la transferencia de 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 Huella Digital del beneficiario, (en caso de ser menor de edad del 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 avisoprivacidad@apbp.salud.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://apbp.salud.gob.mx/>

ANEXO 5. CARTA COMPROMISO APBP NACIONAL



CARTA COMPROMISO

Lugar: _____

Fecha _____ de _____ del 2024.

Lic. José Alfredo Cordero Esquivel
Director General de la Administración
Del Patrimonio de la Beneficencia Pública

PRESENTE

El que suscribe, C. _____, quien solicita del apoyo de este Órgano Desconcentrado para recibir (*Descripción del Apoyo*) _____ necesario (a) para el mejoramiento 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)

ANEXO 6. CARTA DE CONSENTIMIENTO APBP NACIONAL



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 []

[], a [] de [] del 2024.

[]

Este formulario debe ser firmado por la persona que ha aceptado ser grabada y firmada 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 benefactor o institución intermediaria.

ANEXO 7. RECIBO DE APOYO APBP NACIONAL



RECIBO DE APOYO	
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (A):	
AYUDA OTORGADA POR ÚNICA VEZ DE FORMA GRATUITA:	
CANALIZADO POR:	
DONADO POR:	ADMINISTRACIÓN DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA
FECHA DE ENTREGA DE LA AYUDA:	
RECIBE: *	
RELACIÓN O PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO:	

FIRMA Y/O HUELLA DEL BENEFICIARIO

* 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.

NOTA: En ningún caso puede recibir el apoyo algún gestor o representante de alguna institución pública o asociación en nombre del beneficiario.

DECLARATORIA DE RECEPCIÓN DE APOYO POR PRIMERA VEZ: Por medio de la presente corroboro bajo protesta de decir verdad que **es la primera vez que durante este año recibo este apoyo en materia de salud**, por lo que antes de este acto **NO** había recibido el apoyo antes mencionado de la Beneficencia Pública ni de ninguna otra instancia o institución pública.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que no declare falsedad 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: 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".

ANEXO 8. ESTUDIO SOCIOECONOMICO ESTATAL



ADMINISTRACION DEL PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PUBLICA
DIRECCION DE BIENES Y DESARROLLO SOCIAL
AREA DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIO-ECONOMICO PARA PERSONAS FISICAS

BENEFICIARIO

FOTO

1.- DATOS DEL BENEFICIARIO:

NOMBRE:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

DOMICILIO

CALLE

NUMERO

COLONIA

DELEGACION

ENTIDAD FEDERATIVA

CODIGO POSTAL

TELEFONO

ENTRE LAS CALLES:

TELEFONO PARA LOCALIZAR AL BENEFICIARIO: VECINO () FAMILIAR () PUBLICO () No. TEL. _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:

AÑO MES DIA

LUGAR

SEXO _____ EDAD _____ ESTADO CIVIL _____ CANALIZADO POR _____

NOMBRE DE LA INSTITUCION

ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION _____ INGRESO \$ _____

AYUDA EN ESPECIE:

COMO OBTUVO INFORMACION DE LOS SERVICIOS QUE PRESTA P.B.P. _____

HA RECIBIDO ANTERIORMENTE SUBSIDIO DE P.B.P. : SI _____ NO _____ FECHA _____ TIPO DE SUBSIDIO _____

DOCUMENTACION QUE PRESENTA:

CARTA DE SOLICITUD () ACTA DE NACIMIENTO () DICTAMEN () FOTOGRAFIAS () IDENTIFICACIÓN ()

COMPROBANTE DE INGRESOS () COMPROBANTE DE DOMICILIO () OFICIO DE CANALIZACIÓN () OTROS ()

1

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES (S)

EDAD: _____ OCUPACION: _____

DOMICILIO: _____

CALLE NUMERO COLONIA

DELEGACION O MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA CODIGO POSTAL TELEFONO

SOLICITANTE

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 ECONÓMICA 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 ()

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 _____

ANEXO 9. Formato para el Sistema Integral del Padrón de Beneficiarios



Zacatecas
GOBIERNO DEL ESTADO
2011-2017

SISTEMA INTEGRAL DE PADRÓN DE BENEFICIARIOS
CÉDULA DE INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS



Zacatecas
GOBIERNO DEL ESTADO
2011-2017



SECRETARÍA DE SALUD
2011-2017

DATOS DEL BENEFICIARIO

CURP:

APELLIDO I: **APELLIDO MATERNO:**

NOMBRE (s):

Seleccione la opción que corresponda

IDENTIFICACIÓN OFICIAL:		TIPO DE VALIDAD:	
INE/IFE	1	Ampliación	1
Pasaporte	2	Andador	2
CURP	3	Avenida	3
Cartilla Militar	4	Boulevard	4
Licencia de conducir	5	Calle	5
Identificación Escolar	6	Callejón	6
Otro	7	Calzada	7
		Cerrada	8
		Círculo	9
		Circunvalación	10
		Continuación	11
		Corredor	12
		Diagonal	13
		Eje Vial	14
		Ninguna	22
		Pasaje	15
		Peatonal	16
		Periférico	17
		Privada	18
		Prolongación	19
		Retorno	20
		Viaducto	21

SEXO: ☐ H ☐ M

NUMERO EXTERIOR: **NUMERO INTERIOR:**

LOCALIDAD:

NOMBRE VALIDAD:

ASENTAMIENTO:

MUNICIPIO:

CLAVE DE ASENTA:

ENTRE VALIDADES:

CLAVE LOCALIDAD:

DESCRIPCIÓN DE LA UBICACIÓN:

ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Estado civil

Soltero(a)	1
Casado(a)	2
Divorciado(a)	3
Viuda(o)	4
Unión libre	5

Ocupación

Hogar	1	Empleado	6	Oficios varios	11
Comerciante	2	Estudiante	7		
Profesiones varias	3	Obrero	8		
Desempleado	4	Diversos	9		
Jubilado/Pensionado	5	Campo	10		

Jefe de familia

☐ SI ☐ NO

Nivel de estudios

Ninguno	1
Primaria	2
Secundaria	3
Preparatoria	4
Carrera técnica	5
Licenciatura	6
Posgrado	7

Discapacidad

Ninguna	1
Dificultad para caminar o moverse	2
Dificultad para ver	3
Dificultad para oír	4
Dificultad para hablar o comunicarse	5
Limitación mental	6
Dificultad para atender el cuidado	7
Dificultad para aprender	8

Tipo de seguridad social

Ninguno	1
IMSS	2
ISSSTE	3
IMSS Bienestar	4
PEMEX	5
Otro	6

Integrantes familia

Dependientes económicos

GRUPO VULNERABLE

Ninguno	1
Madres solteras	2
Jefas de familia	3
Mujeres en situación de maltrato o violencia	4
Menores de edad en situación de riesgo	5
Personas con discapacidad	6
Víctimas del delito	7

AVISO DE PRIVACIDAD:

Link: <https://www.saludztc.gob.mx/home/docs/Transparencia/Aviso-Privacidad/PBPE-INTEGRAL.pdf>

Gobierno del Estado de Zacatecas

Evidencia Criptográfica · Transacción SeguriSign
Archivo Firmado: CGJ_SUPLEMENTO 2 AL PERIODICO 23_2025.pdf
Secuencia: 4757811

Autoridad Certificadora: AUTORIDAD CERTIFICADORA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS

Firmante	Nombre:	CIPRIANO ANDRES ARCE PANTOJA	Validez:	OK	Vigente
Firma	# Serie:	00000000000000000071	Revocación:	OK	No Revocado
	Fecha: (UTC / Local)	2025-03-19T15:31:08Z / 2025-03-19T09:31:08-06:00	Status:	OK	Valida
	Algoritmo:	SHA1/RSA_ENCRYPTION			
	Cadena de firma:	38 d8 75 2c 8a 78 6e 8d 2d 14 23 f5 9f 36 16 0c 5c 84 6c 68 3b 7d 50 ae 39 18 4f 97 28 8d 67 f7 bd d4 de b5 e1 65 50 67 19 4e b8 e9 cb 20 70 c3 73 16 9d 9f 12 ea c4 2a 49 11 96 74 1a 9e 74 4c 74 ab 42 f4 3e b9 2b 19 ec e2 cd a9 a8 22 99 bf 1a e6 8b fc 78 51 41 66 6c 32 0f fa 18 7e 6b 9a 36 17 5c 1f 1f 18 23 38 a8 85 ea cc 23 3c 0e 3f 84 20 0f a7 ef c8 ef b1 bd 55 45 63 35 3f 2d b4 53 1a e7 22 be 55 5a 14 af 1a 00 7a dc 7e 7b 96 0f ae 0a 0d 81 10 b3 0e 9b df c1 41 80 c2 12 b1 91 7e a6 e2 72 11 a8 0c 6a 33 87 df 2c 46 ec 15 3e ec b8 b3 88 3f 88 2c 9d 50 10 f0 71 e4 3c bb cc 07 66 0d 72 26 21 1e e4 40 0b 97 8a 42 b6 9b 82 0a 9c f0 d5 92 48 59 16 41 7f 71 e0 76 87 65 e7 10 7a 97 68 1d b4 4a ba c6 76 1b a4 b6 90 02 0e 39 9e cb 2d d1 e7 1e d7 ea 98 44 6e 2e 95 72			
OCSP	Fecha: (UTC / Local)	2025-03-19T15:31:08Z / 2025-03-19T09:31:08-06:00			
	Nombre del respondedor:	OCSP			
	Emisor del respondedor:	AUTORIDAD CERTIFICADORA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS			
	Número de serie:	00000000000000000071			
TSP	Fecha : (UTC / Local)	2025-03-19T15:31:08Z / 2025-03-19T09:31:08-06:00			
	Nombre del respondedor:	tsp			
	Emisor del respondedor:	AUTORIDAD CERTIFICADORA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE ZACATECAS			
	Secuencia:	1460332			
	Datos estampillados:	E64B5C3525F0D44C9B9DE8F59C3C9521C8373A84095564F154D15B0A7B3393EE			