

SECRETARÍA DE SALUD

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA MI HOSPITAL CERCANO PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2020

Daniel Alberto Díaz Martínez, Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, con fundamento en lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 80 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato; artículos 1,2,3,6,13,14 y 15 del Decreto Gubernativo No. 48, mediante el cual se crea el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 94, Tercera Parte, del 22 de noviembre de 1996, artículos 1,2,3,8,16 y 17 del Decreto Gubernativo número 42, mediante el cual se reestructura la organización interna del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 50-B, novena parte del 25 de junio de 2001, artículos 13 fracción V, 27 y 54 fracción VIII de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato; artículo segundo transitorio de la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2020; 9o., 10, 11, 15 y 15 bis de la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato; 78 sexies y 78 septies de la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los Municipios de Guanajuato; 26 fracción XV y 27 fracción XV de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato y, en ejercicio de las facultades que me confieren los artículos 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 7 fracción III del Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato; y

CONSIDERANDO

En Guanajuato se tiene como visión clara de esta administración el garantizar la seguridad, la justicia y la paz social, al impulsar decididamente la reconstrucción del tejido social, el fortalecimiento de las familias para lograr que cada guanajuatense cuente con condiciones igualitarias para favorecer una vida plena y saludable, con acceso universal a la salud y a la educación, a través de esquemas innovadores que nos permiten acceder a nuevos mercados con alto valor tecnológico y a un mejor ingreso. Todo ello en un marco de respeto al medio ambiente y el aprovechamiento sustentable de los recursos naturales, para asegurar el futuro de las siguientes generaciones, en donde el Gobierno es un aliado cercano a la sociedad y la ciudadanía participa activamente en la construcción de un mejor Guanajuato.

El Gobierno del Estado de Guanajuato se ha propuesto el mejoramiento y desarrollo de la sociedad. En este sentido, la presente administración pública estatal se ha planteado como prioridades: disminuir la población en condición de pobreza, incrementar las opciones de empleo, elevar el ingreso y mejorar su distribución y vitalizar el tejido y la cohesión social. Este es un compromiso que ha adquirido y para el que ha desplegado una estrategia transversal llamada Impulso Social 2.0, que aglutina los esfuerzos de varias dependencias enfocadas al crecimiento social en particular de las personas que más lo necesitan.

Guanajuato es referente en su política social y en la "Grandeza de su Gente". Del 2010 al 2018 tuvimos resultados importantes como lo es el número de personas en situación de pobreza extrema en Guanajuato que pasó de 8.4% a 4.2% esto significa que más de 216 mil personas salieron de esta condición, de igual manera en diez años la población no pobre y no vulnerable se incrementó en más de 351 mil personas pasando de un 15.1% a un 19.7% en ese mismo periodo la población vulnerable por carencias sociales disminuyó considerablemente de un 36.2% a un 29.4% significando más de 221 mil personas.

También se disminuyó en este mismo periodo la carencia de acceso a los servicios de salud de un 36.2% a 13.7%, es decir, más de un millón ciento cincuenta y ocho mil personas, y se mejoró en la carencia de calidad y espacio de la vivienda pasando de 13.2% a 9.1%. Con una disminución en la carencia de acceso a la alimentación pasando de 27.1% a 20.7% es decir más de 243 mil personas.

El Estado ha sido reconocido en este desempeño como uno de los tres que cuentan con mejor índice de capacidades para el desarrollo social, gracias al trabajo arduo en elementos como la planeación para el mediano y largo plazo, en la incorporación de mecanismos de participación ciudadana, y en el monitoreo y evaluación de programas sociales, siendo el primer lugar del ranking nacional en la gestión eficiente de programas y acciones estatales de Desarrollo Social.

Actualmente la atención médica, diagnóstica, quirúrgica y complementaria que se oferta en las quince redes prestadoras de servicios en el Estado, es a través de un sistema de salud que protegen financieramente a la población al ofrecerle un seguro de salud público y voluntario, mediante un paquete de intervenciones y medicamentos.

Derivado de lo anterior, y considerando el alcance de la protección financiera, el ISAPEG haciendo uso de las fuentes de financiamiento complementarias en el Estado, deberá cubrir las patologías, procedimientos e insumos requeridos en atenciones no cubiertas, con el propósito de amortizar el gasto de bolsillo de los pacientes.

Preferentemente para las y los pacientes que necesitan de un apoyo pre, durante o posterior a una atención médica y/o quirúrgico en las unidades ejecutoras de responsabilidad del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Es en este marco en donde se quiere potenciar la reconstrucción del tejido social, empoderar a la sociedad, crear familias con valores y comprometidas en la construcción comunitaria, crear oportunidades para los grupos vulnerables, tener una juventud sana. La meta es clara: avanzar con paso más firme en la reducción de la pobreza y la desigualdad. ¡Guanajuato: la Grandeza de México!

Conforme al artículo 78 septies, fracción I de la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los Municipios de Guanajuato, el Programa Mi Hospital Cercano tiene como objetivo garantizar a la población la seguridad en la atención médico y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad.

Por lo antes expuesto y con fundamento en las disposiciones legales citadas, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

Artículo único. Se expiden las Reglas de Operación del Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2020 para quedar en los términos siguientes:

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA MI HOSPITAL CERCANO PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2020

Objeto de las Reglas de Operación

Artículo 1. Las disposiciones de estas Reglas de Operación tienen por objeto:

- I. Normar la ejecución eficiente, eficaz, equitativa y transparente del Programa "Mi Hospital Cercano"; y
- II. Fortalecer la atención médica y/o quirúrgica de solicitudes individuales o a través de jornadas que sean solicitadas a los servicios de salud para contribuir a resolver el rezago médico y/o quirúrgico en las unidades del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Glosario

Artículo 2. Para los efectos de estas Reglas de Operación se entiende por:

- I. **Apoyos:** servicios que recibe la persona beneficiaria del Programa antes, durante y posterior a su atención médica y/o quirúrgica;
- II. **Base Mi Hospital Cercano 2020:** Archivo en Excel en donde se concentrará la información necesaria para conformar los diversos reportes que soliciten a la unidad administrativa responsable del Programa;
- III. **Cohesión social:** el conjunto de procesos sociales que generan y fortalecen en las personas un sentido de confianza y pertenencia a una comunidad;
- IV. **Contraloría Social:** es la participación de las personas beneficiadas de los programas sociales estatales, ya sea de forma organizada o independiente, en la vigilancia, seguimiento y evaluación de dichos programas, el cumplimiento de las metas y acciones comprometidas, la correcta aplicación de los recursos asignados, así como el adecuado actuar de los servidores públicos responsables de los mismos;
- V. **Correo electrónico del Programa:** es un servicio que permite el intercambio de mensajes a través de sistemas de comunicación electrónicos, en el cual se recibirá el expediente médico – administrativo de la persona a beneficiar y se dará respuesta de viabilidad, así como el envío del documento de autorización entre la Unidad Ejecutora, DGA y la Unidad Administrativa del Programa. El cual corresponde a mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx
- VI. **DAM:** Dirección de Atención Médica;
- VII. **Derechohabientes:** Afiliados a las instituciones del Sistema de Salud vigentes;
- VIII. **DGA:** Dirección General de Administración;
- IX. **DGSS:** Dirección General de Servicios de Salud;
- X. **DGPYD:** Dirección General de Planeación y Desarrollo;

- XI. **DRA:** Departamento de Redes de Atención;
- XII. **Índice de desarrollo humano:** Es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, a saber, tener una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y disfrutar de un nivel de vida digno;
- XIII. **ISAPEG:** Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato;
- XIV. **Ley:** Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2020;
- XV. **Líder del Proyecto:** servidor público responsable del Programa;
- XVI. **Persona a Beneficiar:** persona física que recibirá el o los apoyos del Programa Mi Hospital Cercano, ya sea a través de jornadas o individual;
- XVII. **Programa:** Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020;
- XVIII. **Reglamento:** el Reglamento de la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato en Materia de Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales Estatales;
- XIX. **Reglas de Operación:** las Reglas de Operación del Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020;
- XX. **Responsable de la persona a beneficiar:** Persona que puede realizar el trámite de solicitud de apoyo para la persona a beneficiar. El cual en el caso de menores de edad puede ser: progenitores, tutores y/o responsable legal. En el caso de mayores de edad la persona con la cual la Unidad Ejecutora se podrá comunicar para dar informe del avance de su solicitud;
- XXI. **Secretaría:** la Secretaría de Desarrollo Social y Humano;
- XXII. **SFLyA:** Secretaría de Finanzas, Inversión y Administración;
- XXIII. **Tejido social:** el grupo de mujeres y hombres que comparten origen, cultura o espacio y que se interrelacionan voluntariamente conformando una sociedad mediante reglas formales e informales;
- XXIV. **Unidad Administrativa responsable del Programa:** Son los servidores públicos que deberán firmar el documento de Autorización del Apoyo y/o Jornada Quirúrgica. Que estará conformado por: Director(a) de Servicios de Salud, Director (a) de Atención Médica y líder del proyecto Q0060 o también denominada área responsable de la operación del Programa;
- XXV. **Unidad Ejecutora:** Unidad médica con tipología de: Urbana, Rural, Hospitales Generales, Comunitarios y Especializados y/o de Apoyo Estatal de la Secretaría de Salud e ISAPEG; y
- XXVI. **Zonas de atención prioritaria:** son los territorios o localidades urbanas o rurales definidas por la Secretaría, de conformidad a lo establecido por la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato. Estas, son preferentes en la aplicación de los recursos asignados al Programa, fomentando la participación transversal de la ciudadanía y el gobierno, con el objeto de fortalecer el tejido social, el desarrollo social y humano.

Diseño del Programa

Artículo 3. El diseño del Programa se sujeta a los actos y procedimientos establecidos en el Reglamento, así como a la «Guía para la operación del monitoreo y la evaluación de los programas sociales estatales».

La Metodología de Marco Lógico del Programa debe ser revisada, actualizada y difundida por el medio que disponga la Secretaría de Finanzas, Inversión y Administración.

El impacto esperado del Programa es "la atención médica y/o quirúrgica".

El Programa tiene el propósito la atención médica y/o complementación diagnóstico - terapéutica de la persona beneficiaria.

El programa posee los siguientes componentes: **Anexo I**

1. Atención a las solicitudes de las personas beneficiadas, que por falta de cobertura o por falta de recursos no han sido atendidos de los padecimientos a través de apoyo específico o jornada que requieren resolución médica y/o quirúrgica

El componente mencionado se desarrolla a través de las siguientes acciones:

1. Atención médica y/o quirúrgica;
2. Complementación diagnóstica;
3. Atención farmacológica;
4. Jornadas médicas y/o quirúrgicas;
5. Atención Integral médica y/o quirúrgica; y
6. Arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico.

Todo esto se realizará a través de las Unidades Ejecutoras del ISAPEG. **Anexo II**

Considerando el alcance de la protección financiera, el ISAPEG haciendo uso de las fuentes de financiamiento complementarias en el Estado, deberá cubrir las patologías, procedimientos e insumos requeridos, con el propósito de amortizar el gasto de bolsillo de los pacientes.

Objetivo general del Programa

Artículo 4. El Programa tiene como propósito la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad.

Objetivos específicos del Programa

Artículo 5. Son objetivos específicos del Programa:

- I. Fortalecer la atención médica y/o quirúrgica de solicitudes individuales o a través de jornadas que sean requeridas a los servicios de salud para contribuir a resolver el rezago médico y/o quirúrgico en las unidades médicas del ISAPEG; y
- II. Asegurar que el recurso público se ejerza eficaz, eficiente, transparente y honestamente.

Población potencial

Artículo 6. La población potencial del Programa son seis millones ciento setenta y tres mil setecientos diez y ocho (6,173,718) hombres y mujeres que habitan en los 46 municipios del Estado.

Población objetivo

Artículo 7. La población objetivo del Programa es de tres millones seiscientos ochenta mil trescientos setenta y ocho (3,680,378) hombres y mujeres que habitan en el Estado de Guanajuato, que no tienen derechohabiencia a ningún tipo de seguridad social y que son responsabilidad de atención del ISAPEG

Población beneficiaria estimada (beneficiarios directos)

Artículo 8. La población beneficiada directamente por el Programa es de seiscientos treinta y nueve hombres y mujeres del estado de Guanajuato con el Programa.

Este Programa se podrá aplicar preferentemente en las zonas de atención prioritaria.

Responsable de la información y documentación

Artículo 9. La DGA de la Secretaría de Salud e ISAPEG es la unidad administrativa responsable de resguardar, custodiar y archivar toda la información y la documentación original comprobatoria del Programa, conjuntamente con:

- I. Unidades Ejecutoras;
- II. DGSS;
- III. DAM;
- IV. DRA; y
- V. DGPYD.

Las Unidades Ejecutoras resguardarán, custodiarán y archivarán una copia de la documentación comprobatoria del Programa.

La Unidad Administrativa Responsable del Programa debe procesar la información distinguiendo a las personas que resulten beneficiarias del mismo en razón de sexo (hombre/mujer) y edad, así como garantizar la protección de los derechos en materia de

protección de datos personales en posesión de los sujetos obligados, en el término de las disposiciones normativas, en el caso de niñas, niños y adolescentes.

Tipos de apoyos

Artículo 10. El Programa oferta los siguientes tipos de apoyos:

- Material de osteosíntesis;
- Complementación diagnóstica;
- Material protésico y/u ortesis;
- Medicamentos;
- Insumos o consumibles médicos;
- Atención integral médica y/o quirúrgica; y
- Arrendamiento de equipo médico.

Metas programadas

Artículo 11. El Programa tiene como meta:

- I. Atención médica y/o quirúrgica en las Unidades Médicas Hospitalarias del ISAPEG; y
Unidad de medida: Seiscientos treinta y nueve (639) solicitudes médicas y/o quirúrgicas concluidas.
- II. Evaluación de la intervención gubernamental realizada para fortalecer la atención médica y/o quirúrgica que se brinda con el financiamiento del proyecto a la población guanajuatense.
Unidad de medida: Una (1) evaluación realizada.

El número de personas beneficiarias podrán ser menor o mayor dependiendo del monto asignado o de los ajustes presupuestarios que se realicen al proyecto durante su ejecución, asimismo depende del costo del tipo de apoyo solicitado conforme al artículo 10 de estas Reglas.

Requisitos y procedimientos de acceso

Artículo 12. Para acceder a los apoyos del Programa:

- a) Por parte de la persona a beneficiar y/o el responsable de la misma:
 - I. CURP de la persona a beneficiar, o en su caso, documento oficial expedido por la autoridad municipal del lugar de residencia;
 - II. Comprobante de Domicilio;
 - III. Identificación oficial del responsable de la persona a beneficiar, (INE y/o CURP); y
 - IV. Carta de solicitud de apoyo. **Anexo III.**

Estos documentos deberán ser entregados en las Unidades Ejecutoras (**Anexo II**), en donde se llevará a cabo la gestión de solicitud de apoyo.

- b) Por parte de las unidades ejecutoras:
 - I. Carta bajo protesta de decir verdad **Anexo IV**;
 - II. Carta de consentimiento de datos personales; **Anexo V**
 - III. Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada; **Anexo VI**
 - IV. Resumen clínico firmado por médico tratante, especificando diagnóstico y tratamiento;
 - V. Hoja de referencia en caso de que aplique para la atención médica y/o quirúrgica;
 - VI. Carta de consentimiento informado administrativo; **Anexo VII**
 - VII. Documento de justificación de casos urgentes como: médico, diagnósticos, quirúrgico o complementario para realizar la asignación directa de proveedor;
 - VIII. Archivo de Excel para conformar el padrón de personas beneficiadas; **Anexo VIII**
 - IX. Lista de cotejo para la integración del expediente médico - administrativo; **Anexo IX**
 - X. Documento para la gestión: **Anexo X**

Estos documentos conformarán el expediente médico – administrativo y deberá ser enviado al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx para su viabilidad y/o autorización por parte de la Unidad Administrativa responsable del Programa de llevar a cabo las acciones necesarias para brindar el apoyo y/o jornada solicitada.

En relación a la persona a beneficiar por una jornada quirúrgica, la Unidad Ejecutora solicitará vía oficio a la DGSS al líder del Programa Q0060 la realización de las mismas, y deberá enviarla al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx.

Posteriormente mediante el oficio con los montos a pagar y los expedientes médicos – administrativos de cada uno de los beneficiarios, para que la Unidad Administrativa responsable del Programa entregue el documento de autorización y la Unidad Ejecutora pueda realizar la comprobación del gasto. En el caso de una jornada quirúrgica, y atendiendo a la necesidad de la población, se podrán beneficiar a personas con alguna derechohabencia.

Las Unidades Ejecutoras serán las responsables de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Contrataciones Públicas para el Estado de Guanajuato y a las Disposiciones Administrativas vigentes que emita la DGA de que el o los proveedores seleccionados para atención médica y/o quirúrgica cumplan con los requisitos establecidos en los instrumentos normativos previamente mencionados.

En los procesos de solicitudes de apoyo individual y/o jornada quirúrgica la jurisdicción sanitaria respectiva coadyuvará con la Unidad Ejecutora en la realización de las acciones correspondientes para la integración del expediente médico – administrativo, aplicación de la encuesta de satisfacción y/o contraloría social, visita domiciliaria en caso de requerirse.

c) Por parte de la DGSS:

- I. A través de la DAM – DRA y/o Líder del Programa que forman parte de unidad administrativa responsable del Programa revisarán el correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx en donde emitirán la respuesta de viabilidad de la solicitud (individual y/o jornada); **Anexo XI**
- II. Se podrá solicitar a la Unidad Ejecutora la generación de la carta compromiso; **Anexo XII**
- III. Emitirá el documento de autorización del expediente médico – administrativo el cual llevará anexa la reserva presupuestal de la o las partidas conforme a las disposiciones administrativas vigentes; **Anexo XIII**
- IV. Gestionará con la DGA el número de reserva de la o las partidas; y
- V. Solamente las solicitudes que ingresen al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx se consideran para su Autorización, misma que se concentraran en la Base Mi Hospital Cercano 2020.

Asimismo, las solicitudes se clasificarán según la información con la que cuente el expediente médico – administrativo, de las cuales pueden estar en alguno de los siguientes estatus:

- **Autorizado:** solicitud (apoyo o jornada) que cumple con el expediente médico – administrativo y se entrega el documento de autorización con fuente de financiamiento;
- **Incompleto:** solicitud (apoyo o jornada) en la cual no cumple con el expediente médico – administrativo;
- **En espera:** solicitud (apoyo o jornada), que cumple con el expediente médico – administrativo, sin embargo, el Programa no cuenta con fuente de financiamiento;
- **No factible:** solicitud (apoyo o jornada) que, por la información contenida en el expediente médico – administrativo, no es procedente la autorización;
- **Urgente:** solicitud de apoyo en donde la persona titular y/o administrador (a) de la Unidad Ejecutora, hace la gestión para la solicitud en virtud que se encuentra en riesgo de muerte o daño a la persona a beneficiar. Se emite la respuesta de viabilidad de la solicitud con las acciones a realizar. La Unidad Ejecutora deberá integrar el expediente médico – administrativo, para otorgar el documento de validación; y
- **Concluido:** Se cuenta con el reporte presupuestal emitido por la DGA.

d) Por parte de la DGA:

- I. Designará un enlace que estará trabajando con la Unidad Administrativa Responsable del Programa para solicitar el número de reserva de la o las partidas que no se pueda generar.
- II. Enviará al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx el número de reserva con las características presupuestal que requiere el Programa.

Mecanismos de elegibilidad

Artículo 13. Son criterios de elegibilidad del Programa:

- I. Persona a beneficiar que realice una solicitud al Programa;
- II. Cumplimiento del expediente médico-administrativo conforme a lo indicado en el Artículo 12;
- III. En caso de Urgencia médica y/o quirúrgica la persona beneficiada deberá cumplir con lo establecido en estas Reglas;
- IV. Persona derechohabiente de los servicios de salud que oferta el ISAPEG o sin aseguramiento a otra institución;
- V. Envío del expediente médico - administrativo al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx; y
- VI. Contar con suficiencia presupuestal en la partida definida por la Unidad Ejecutora.

Programación presupuestal

Artículo 14. El programa de inversión para la operación y ejecución del Programa corresponde al Q0060 Mi Hospital Cercano.

El monto de recursos aprobados para el Programa es de \$18,500,000.00 (Dieciocho millones quinientos mil pesos 00/100M.N).

El presupuesto del presente Programa se ejercerá conforme a la naturaleza del mismo y los procesos establecidos por la Secretaría.

En caso que en la Ley de Presupuesto General de Egresos para el Estado de Guanajuato para el ejercicio fiscal 2020, se apruebe una disminución o aumento del presupuesto señalado en el presente artículo, se podrá realizar un ajuste de metas al Programa.

Métodos de comprobación del gasto de la aplicación del apoyo

Artículo 15. Son métodos de comprobación del gasto:

Por parte de la Unidad Administrativa Responsable del Programa:

1. Elaborará y firmará el documento de autorización en donde se especificará **Anexo XIII**
 - Nombre de la persona beneficiada y/o jornada quirúrgica
 - Número de registro
 - Número de reserva
 - Programa
 - Proceso
 - Área funcional
 - Centro gestor
 - Fuente de financiamiento (s)
 - Centro de costo
 - Partida (s)
 - Fecha de vencimiento de la reserva
- 1.1 Elaborará y firmará la lista de cotejo:
 - Autoriza - DGSS
 - Visto Bueno – DAM
 - Otorga suficiencia presupuestal – DRA
 - Elabora – Líder del Proyecto

Por parte de la Unidad Ejecutora:

1. Realizará el o los procedimientos médicos, quirúrgicos y/o diagnósticos de la persona (s) a ser beneficiada (s);
2. Seguimiento de la atención médica y/o quirúrgica de la persona (s) beneficiada (s) que acudan a servicios integrales médicos; quirúrgicos y/o diagnósticos;
3. Recogerá el documento de autorización en administración de documentos de las oficinas centrales del ISAPEG;
4. Notificará por escrito la resolución definitiva que recaiga a la solicitud de la persona a beneficiar;
5. Elaborarán el documento comprobatorio y anexarán la documentación necesaria que solicita la DGA para la comprobación de recursos conforme a las disposiciones administrativas vigentes;
6. Notificará al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx el número del documento de pago y la fecha que entrego a la DGA;
7. Enviará la evidencia fotográfica de la atención médica y/o quirúrgica de la persona (s) beneficiada (s);
8. Realizará la encuesta de satisfacción. (Misma que llenara la persona beneficiada o el responsable de la persona a beneficiar) **Anexo XIV;**
9. Remitirá escaneo de la encuesta de satisfacción al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx; y
10. Aplicará la cédula de contraloría social cuando se lo indique la Unidad Administrativa Responsable del Programa.

Por parte de la DGA:

- Emitirá a más tardar el segundo día hábil de cada mes el reporte presupuestal en archivo editable (Excel), el cual tendrá como mínimo los siguientes campos: Unidad Ejecutora, Número de Reserva, número de documento contable, mes del documento contable, número del documento compensatorio y mes del documento compensatorio. Mismo que enviara al documento del Programa para poder respuesta a los reportes mensuales de la DGPYD.

Procedimientos para el reintegro de recursos

Artículo 16. Los recursos se reintegrarán cuando:

- a) La persona beneficiaria no cumpla con los requisitos establecidos en estas Reglas;
- b) La DGA cancele las reservas conforme a la normatividad aplicable, por lo cual la Unidad Ejecutora deberá realizar nuevamente el procedimiento de gestión;
- c) La Unidad Administrativa Responsable del Programa cancele las reservas que no se comprobaron, por lo cual la Unidad Ejecutora deberá realizar nuevamente el procedimiento de gestión; y
- d) Al cierre del ejercicio fiscal se determine que los recursos ministrados no fueron ejercidos y se procederá a su reintegro a la SFlyA.

Derechos de las personas beneficiarias

Artículo 17. Son derechos de las personas beneficiarias:

- I. Recibir servicios integrales de salud;
- II. Ser tratados (as) con dignidad, igualdad y respeto;
- III. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria respecto a la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- IV. Recibir información sobre los requisitos y procedimientos para acceso al Programa;
- V. Ser informadas sobre el estatus que guardan sus peticiones;
- VI. Que se les notifique por escrito la resolución definitiva que recaiga a sus solicitudes;
- VII. Designar una persona autorizada que reciba en su representación los apoyos del Programa;
- VIII. Ser escuchadas por las autoridades o personas servidoras públicas responsables del Programa cuando así lo soliciten;
- IX. Contar con su expediente clínico;
- X. Ser tratado con confidencialidad;
- XI. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;

- XII. Recibir atención médica en urgencias;
- XIII. Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida;
- XIV. Recibir oportunamente los apoyos o beneficios del Programa cuando cumplan los requisitos establecidos y resulten seleccionadas de conformidad con los criterios aplicables;
- XV. Recibir atención a sus solicitudes, quejas y sugerencias;
- XVI. Que sus datos personales sean recabados y tratados en término de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; y
- XVII. Los demás que se desprendan de estas Reglas de Operación y demás disposiciones aplicables.

Obligaciones de las personas beneficiarias

Artículo 18. Son obligaciones de las personas beneficiarias:

- I. En caso de Urgencia médica y/o quirúrgica deberá cumplir con lo establecido en estas Reglas;
- II. Abstenerse de proporcionar documentación falsa;
- III. Proporcionar en tiempo y forma toda la información y documentación que sea necesaria de conformidad con estas Reglas de Operación;
- IV. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- V. Hacer uso del documento vigente que lo acredite como persona derechohabiente de los servicios de salud que oferta el ISAPEG;
- VI. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- VII. Otorgar su consentimiento informado sobre el tratamiento y/o procedimientos por la persona beneficiaria y/o padres o tutor (en caso de que aplique);
- VIII. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;
- IX. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;
- X. Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
- XI. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- XII. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
- XIII. Hacer uso responsable de los servicios de salud;
- XIV. Proporcionar información verídica en todo momento;
- XV. Abstenerse de formular pretensiones ilegales, esgrimir hechos contrarios a la verdad o que atenten contra los derechos fundamentales de las personas;
- XVI. Proporcionar la información que le sea requerida acorde con lo dispuesto en las presentes Reglas;

- XVII. Participar en los procesos de seguimiento y vigilancia desarrollados en la ejecución del Programa a los que sea convocado;
- XVIII. Deberá ser acompañado por un familiar mayor de edad que tenga capacidad de toma de decisiones, con la salvedad de que no es obligación del programa los alimentos y la estancia del acompañante;
- XIX. Requisar la encuesta de satisfacción del Programa;
- XX. Requisar la cédula de evaluación social; y
- XXI. Las demás que se desprendan de estas reglas de operación y demás normatividad aplicable.

Derechos humanos, equidad, inclusión y diversidad social

Artículo 19. El presente Programa garantiza que toda persona, tenga acceso al mismo, siempre y cuando, cumpla con lo establecido en estas Reglas de Operación.

El ISAPEG garantizará, protegerá y respetará los derechos de la (s) persona (s) interesada (s), impulsando la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, evitando cualquier tipo de discriminación en razón de edad, género, origen étnico, nacionalidad, discapacidades, impedimentos físicos, preferencias sexuales, creencias religiosas, raza, condición social, de salud, económicas o culturales, especialmente de aquellas que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

No se considerará como violación de los derechos humanos cuando la (s) persona (s) no sea (n) beneficiaria (s) del mismo con motivo del incumplimiento de los requisitos establecidos o atendiendo a la suficiencia presupuestal del Programa.

Sanciones

Artículo 20. En caso de incumplimiento a las obligaciones establecidas en las fracciones I y II del artículo 18 de las presentes Reglas de Operación la (s) persona (s) beneficiaria (s) del Programa se procederá conforme a lo siguiente:

No podrá ser susceptible de apoyo para este Programa para el siguiente ejercicio fiscal.

Para el caso de la fracción II del artículo 18 se hará de conocimiento de las autoridades competentes.

Las personas servidoras públicas que incumplan las disposiciones previstas en estas Reglas de Operación serán sujetas a la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato y demás normativa que resulte aplicable para cada caso en concreto.

Mecanismos de exigibilidad

Artículo 21. Se puede exigir el cumplimiento de los servicios o entrega de apoyos del Programa, en los siguientes casos:

- I. Cuando una persona solicitante cumpla con los requisitos y criterios para acceder a determinado derecho, garantizado por el Programa;
- II. Cuando la persona beneficiada, exija que se cumpla el Programa en tiempo y forma; y
- III. Cuando no se pueda satisfacer toda la demanda de incorporación al Programa por restricción presupuestal y las personas exijan que las incorporaciones no sean claras o equitativas y sin favoritismos, ni discriminación.

Para exigir el cumplimiento de lo establecido en las presentes Reglas de Operación, la persona interesada debe solicitarlo por escrito a la Unidad Administrativa Responsable del Programa, expresando las razones por las cuales se considera acreedor a los beneficios del mismo y anexando la documentación que fundamente su petición.

El escrito al que se refiere este artículo debe entregarse, dentro de los 10 días hábiles siguientes posteriores a que tenga conocimiento de las causas establecidas en las fracciones que anteceden, en la DGSS ubicada en Tamazuca Número 4. Col. Centro. Guanajuato, Gto.

La unidad administrativa responsable del Programa resolverá en un plazo no mayor a 15 días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente de recibido el escrito.

Formas de participación social

Artículo 22. Las personas beneficiarias podrán participar en la evaluación del Programa, de conformidad con los Lineamientos para la Integración y Funcionamiento de Estructuras de Participación Social.

EL ISAPEG propiciará la participación de las personas beneficiarias en los procesos de seguimiento y vigilancia del cumplimiento del objeto y metas programadas, así como de la aplicación de los recursos públicos asignados al Programa.

Dependencia o entidad responsable del Programa

Artículo 23. El ISAPEG, a través de DGSS – DAM – y líder del proyecto Q0060 es la unidad administrativa encargada de la ejecución del Programa.

Mecanismos de articulación, coordinación y colaboración

Artículo 24. La DGSS – DAM – y líder del Programa establecerá los mecanismos de articulación, coordinación y colaboración para la implementación y ejecución del Programa, a través de convenios con las dependencias o entidades federales, estatales y municipales, así como con instituciones privadas, con la finalidad de potenciar los recursos, impacto social y evitar duplicidad de acciones.

De las Auditorías y Evaluación Gubernamental

Artículo 25. Los recursos estatales y su aplicación en el marco del Programa podrán ser auditados y evaluados por la Secretaría de la Transparencia y Rendición de Cuentas, la Auditoría Superior del Estado de Guanajuato o las instancias correspondientes en cuanto los faculten sus atribuciones.

Mecanismos de evaluación

Artículo 26. La evaluación del Programa se realizará en los términos establecidos en el artículo 35 del Reglamento y demás disposiciones normativas aplicables.

La gestión de la evaluación comenzará una vez que se haya ejecutado al menos el cincuenta por ciento de los recursos financieros asignados al mismo según lo publicado en la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2020 o en su caso, según lo disponga la Secretaría.

Monitoreo, evaluación e indicadores

Artículo 27. Los mecanismos de monitoreo y evaluación, entendiéndose estos como procesos de monitoreo y procesos de evaluación, así como sus indicadores serán de conformidad a lo establecido en el Reglamento y en la Guía para la operación del monitoreo y evaluación de los programas sociales estatales.

Para cumplir con lo dispuesto en el artículo 30 del Reglamento, la Secretaría de Finanzas, Inversión y Administración autorizará dentro del presupuesto del Programa el monto para tal fin.

Publicación de informes de evaluación

Artículo 28. Los informes de evaluación se difundirán de conformidad con lo dispuesto por el artículo 32 del Reglamento.

Seguimiento a recomendaciones

Artículo 29. El área responsable de la operación del Programa atenderá y dará seguimiento a los resultados y las recomendaciones de las evaluaciones, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 33 y 34 del Reglamento.

Publicidad informativa

Artículo 30. De conformidad con lo señalado en el artículo 20 de la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato, la publicidad e información relativa al Programa deberá identificarse perfectamente incluyendo la siguiente leyenda: «Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social».

La publicidad e información del Programa debe utilizar lenguaje claro, no sexista, accesible e incluyente.

Con motivo de la celebración de actos protocolarios y ante la concurrencia de recursos en el convenio de asignación respectivo, se establecerá que el ejecutor deberá publicitar la participación del Estado empleando los logotipos institucionales correspondientes, debiendo contar, para tal efecto, con la validación de la Coordinación General de Comunicación Social.

Transparencia

Artículo 31. La Unidad Administrativa Responsable del Programa debe cumplir con las disposiciones normativas de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales, de conformidad con la legislación de la materia.

La información relativa al Programa estará disponible para su consulta en la siguiente dirección: <http://salud.guanajuato.gob.mx> de la Secretaría de Salud del estado de Guanajuato.

Padrón Estatal de beneficiarios

Artículo 32. La Unidad Administrativa Responsable del Programa del ISAPEG que tenga a su cargo la operación del Programa integrará y actualizará el padrón de personas beneficiadas y lo remitirá a la Dirección General de Padrones Sociales de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano, en los tiempos y formas previstas en los lineamientos que para tal efecto se emitan por esta última, de conformidad con lo establecido en la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado y los Municipios de Guanajuato, Ley de Protección de Datos personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; y demás normativa aplicable.

Adicionalmente, en la integración y actualización del padrón de personas beneficiadas, se hará la distinción por sexo (hombre/mujer) y edad, garantizando el uso y protección en los datos relativos a las niñas, niños y adolescentes, en términos de las disposiciones normativas aplicables.

Contraloría social

Artículo 33. La promoción, difusión y operación de la contraloría social del presente programa, se realizará de conformidad con los Lineamientos para la Operación y Promoción de la Contraloría Social en los Programas Sociales Estatales y demás normatividad aplicable en la materia.

Procedimiento de Denuncias

Artículo 34. Cualquier persona podrá solicitar asesoría o, en su caso, presentar denuncia por la probable comisión de faltas administrativas en la operación del programa, ante esta dependencia ISAPEG o ante el Órgano Interno de Control del ISAPEG o ante la Secretaría de la Transparencia y Rendición de Cuentas, a través de los siguientes medios:

- I. A través de los buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones ubicados en las Unidades Ejecutoras del ISAPEG y/o quejas, sugerencias o información al número telefónico 01 800 627 2583;
- II. Ante el órgano Interno de Control del ISAPEG, ubicado en Loma de la Chuparrosa número 1 y 2 carretera libre Guanajuato-Silao km 5.5, Guanajuato, Gto;
- III. Personalmente, proporcionando las pruebas que considere pertinentes para fundamentar su denuncia, en caso de tenerlas, o señalando a la autoridad el lugar donde se encuentren, en la Dirección de Investigación «B», adscrita a la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de la Transparencia y Rendición de Cuentas, ubicada en Conjunto Administrativo Pozuelos, sin número, Guanajuato, Guanajuato, C.P. 36080;
- IV. Por vía telefónica al 01 800 470 75 00 o 01 800 HONESTO (4663786); y
- V. Por correo electrónico en la siguiente dirección: quejasydenuncias_strc@guanajuato.gob.mx; y contraloriasocial@guanajuato.gob.mx a través de la página: <https://strc.guanajuato.gob.mx/reporteciudadano/> y con la app: <http://strc.guanajuato.gob.mx/gtoabierto/>.

La denuncia a que se refiere este artículo podrá presentarse de manera anónima en los términos de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Guanajuato, y demás disposiciones aplicables.

TRANSITORIOS**Vigencia**

Artículo Primero. Las presentes Reglas de Operación tendrán vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020, previa publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado.

Acciones, procedimientos y procesos pendientes

Artículo Segundo. Las acciones, los procedimientos y procesos del ejercicio fiscal de 2019 que se encuentren pendientes de concluir al momento de la entrada en vigencia de las presentes Reglas de Operación, se sujetarán a las disposiciones contenidas en las «Reglas de Operación Mi Hospital Cercano para el ejercicio fiscal de 2019».

Derogación de disposiciones

Artículo Tercero. Se derogan todas aquellas disposiciones que se hayan emitido en el ámbito de competencia de la Secretaría de Salud e ISAPEG que expresamente se opongan a las presentes Reglas de Operación.

Los formatos referidos y las presentes Reglas de Operación estarán disponibles en la siguiente liga: <https://salud.guanajuato.gob.mx/programas-sociales-estatales.php>

Dado en la ciudad de Guanajuato, Guanajuato, a los 16 días de diciembre de 2019.

El Secretario de Salud y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato



DANIEL ALBERTO DÍAZ MARTÍNEZ

ANEXO I

**Los componentes del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Componentes	Meta	Descripción	Características del apoyo
Atención a las solicitudes de las personas beneficiadas, que por falta de cobertura o por falta de recursos no han sido atendidos de los padecimientos a través de apoyo específico o jornada que requieren resolución médica y/o quirúrgica	Seiscientos Treinta y Nueve solicitudes médico y/o quirúrgicas concluidas que sean solicitadas a los servicios de salud del ISAPEG.	Se otorgará suficiencia presupuestal a las Unidades Ejecutoras que cumplan con la integración de los expedientes médicos – administrativos del Programa.	Viabilidad y/o Autorización por la Unidad Administrativa Responsable del Programa.

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social

Nota2. En el caso de las jornadas se puede duplicar el nombre de la persona beneficiada dependiendo del número de procedimiento realizados en la misma.

Nota 3. El beneficiario podrá solicitar cuantas veces sea necesario un apoyo para la atención médica y/o quirúrgica misma que se otorgará si se cuenta con la suficiencia presupuesta.

ANEXO II

**Unidades Ejecutoras del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Núm.	Nombre del municipio	Nombre de la unidad	Tipo de unidad	Domicilio	Horario
1	Abasolo	Hospital Comunitario Abasolo	D	Cuitzeo de los Naranjos 103 Col. Peña Guisa C.P. 36970	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
2	Acámbaro	Hospital General Acámbaro Miguel Hidalgo	E	Blvd. Bicentenario No.20 Col. Las Trancas C.P. 38620	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
3	Apaseo el Alto	Hospital Comunitario Apaseo el Alto	D	Lic. Agustín Téllez Cruces No. 102 Col. Gobernadores C.P. 38500	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
4	Apaseo el Grande	Hospital Comunitario Apaseo el Grande	D	Prolongación Aldama No. 400 C.P. 38160	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
5	Celaya	Hospital General Celaya	E	Gobernador Victor Lisaldi Esq. Juan B. Castellazo Col. Valle Del Real C.P. 38020	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
6	Celaya	Hospital Materno de Celaya	E	Javier Barros No. 300 Ejido de Santa María Col. Villa de los Arcos, C.P. 38096	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
7	Comonfort	Hospital Comunitario Comonfort	D	Matamoros No. 20 Col. Centro C.P. 38200	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
8	Cortázar	Hospital Comunitario Cortázar	D	Blvd. Insurgentes # 1000 Col. Nueva Rosales C.P. 38345	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
9	Dolores Hidalgo	Hospital General Dolores Hidalgo "Cuna de la Independencia Nacional"	E	Carretera Dolores Hidalgo-Xoconoxtle 750 Colonia San Antonio Del Pretorio C.P. 37800	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
10	Guanajuato	Hospital General Guanajuato" Dr. Valentín Gracia"	E	Carretera De Cuota Gto-Silao Km. 6.5 C.P. 36250	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
11	Huanímaro	Hospital Comunitario Huanímaro	D	Carretera Huanímaro San Cristobal Km 1.6 C.P. 36600	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
12	Irapuato	Hospital General Irapuato	E	Calle Reverte Mexicano Esq. Av. Guerrero C.P. 36510	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas

13	Irapuato	Hospital Materno Infantil Irapuato	E	Vialidad Interior No. 367 Col. Malvas Revolución	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
14	Jaral Del Progreso	Hospital Comunitario Jaral del Progreso	D	Del Trabajo 601 / Las Flores / C.P. 38470	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
15	Jerécuaro	Hospital Comunitario Jerécuaro	D	Calle María Bonita # 702 Valle Del Roble C.P. 38543	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
16	León	Hospital Comunitario las Joyas	D	Bldv. Mineral de la Joya S/N, Col. Las Joyas	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
17	León	Hospital de Especialidades Materno Infantil de León	E	Av. De La Juventud No. 116 Col. Jolguaber C.P. 37410	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
18	León	Hospital General León	E	Bldv. Puente Milenio 1001-A, San Carlos	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
19	León	Hospital de Especialidades Pediátrico de León	E	Bldv Juan Alonso de Torres 4725, Col. San José del Potrero, C.P. 37675	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
20	Manuel Doblado	Hospital Comunitario Manuel Doblado	D	Carretera Manuel Doblado-Jalpa Km. 1.5	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
21	Moroleón	Hospital Comunitario Moroleón	D	Carretera Manuel Doblado - Jalpa Km 1.5 C.P. 36470	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
22	Pénjamo	Hospital General Pénjamo	E	Aldama No. 38 C.P. 36900	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
23	Purísima del Rincón	Hospital Comunitario Purísima del Rincón	D	Valencia No. 10 Los Veneros C.P. 36400	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
24	Romita	Hospital Comunitario Romita	D	Acacia S/N Fracc. Campo Verde entre Anáhuac y Pino Fracc. Campo Verde C.P. 36200	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
25	Salamanca	Hospital General Salamanca	E	Av. de los Deportes 515 / Fracc. El Deportivo / C.P. 36749	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
26	Salamanca	Centro Estatal de Cuidados Críticos Salamanca	E	Tecolutla esq. con Árbol Grande / Bella Vista / C.P. 36730	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas

27	Salvatierra	Hospital General Salvatierra	E	Melchor Ocampo No. 414 Centro C.P. 38900	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
28	San Diego de La Unión	Hospital Comunitario San Diego de la Unión	D	Calle Madero # 3 Col. Loma de Guadalupe C.P. 37850	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
29	San Felipe	Hospital Comunitario San Felipe	D	Av. Dr. Enrique Hdez. A. S/N Km.1 A Sn Fco. C.P. 37600	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
30	San Francisco del Rincón	Hospital Comunitario San Francisco del Rincón	D	Bldv. Panam. esq. Bldv. Juan García C.P. 36360	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
31	San José Iturbide	Hospital General San José Iturbide	E	Libramiento Luis Ferro Medina No. 50 C.P. 37980	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
32	San Luis de la Paz	Hospital General San Luis de la Paz	E	Km 1.8 Carret. San Luis De La Paz A San Jose Iturbide C.P. 37900	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
33	San Luis de la Paz	Hospital Materno de San Luis de la Paz	E	Carretera a Pozos Km 1.8 Col. Cerro Prieto, C.P. 37900	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
34	San Miguel de Allende	Hospital General San Miguel Allende "Felipe G. Dobarganes"	E	Av. 1° De Mayo No: 37 Fracc. Ignacio Ramirez C.P. 37645	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
35	Santa Cruz de Juventino Rosas	Hospital Comunitario Santa Cruz de Juventino Rosas	D	Av. 1° De Mayo No: 37 Fracc. Ignacio Ramirez C.P. 37645	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
36	Silao	Hospital General Silao	E	San Bernardo #39 Fracc. Brisas de los Ríos	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
37	Tarimoro	Hospital Comunitario Tarimoro	D	Reforma No. 68 Col. Emiliano Zapata C.P. 38700	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes
38	Uriangato	Hospital General Uriangato	E	Leovino Zavala 72 / Independencia / C.P. 38980	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes
39	Valle de Santiago	Hospital General Valle de Santiago	E	Bldv. Camenmaro 1 Col. Tepamal C.P. 38400	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes
40	Villagrán	Hospital Comunitario Villagrán	D	Prolongación Morelos Ote. 2 esq. Bldv. Luis Donald Colosio zona centro C.P. 38260	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes

41	Yuriria	Hospital Comunitario Yuriria	D	Blvd. Bicentenario 100 / Zona Centro / C.P. 38940	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes
----	---------	------------------------------	---	--	--

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

Nota 2. En caso de cambio de domicilio de una de las Unidades Ejecutoras se realizará la notificación a través de los portales oficiales del ISAPEG.

Nota 3. En caso de apertura de unidades que sean considerarán como Unidades Ejecutoras para la operación del Programa, se realizará la notificación a través de los portales oficiales del ISAPEG.

ANEXO III

Carta de solicitud de apoyo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020

Nombre del Secretario de Salud y/o Director General de Servicios de Salud (Opcional)

Fecha de la solicitud:

Descripción de la necesidad del apoyo:

Monto aproximado del apoyo (opcional):

Persona a beneficiar:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Responsable de la persona a beneficiar.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nota 1: El anexo es una guía de como el beneficiario puede solicitar el apoyo, lo puede realizar la misma persona, o en caso de que no sepa escribir que lo apoye un familiar, vecino, conocido o tutor de la persona.

Nota 2: Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social

Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

ANEXO IV

Carta bajo protesta de decir verdad
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020

Presente.

Nombre del beneficiario:

Manifiesto que los datos asentados en los documentos que integran el expediente médico - administrativo son ciertos y verídicos. Lo anterior para los efectos a que haya lugar.

(Nombre del Municipio de donde es la Unidad Ejecutora), Gto., a los _____ días del mes _____ 2020.

Atentamente

Persona a beneficiar:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Responsable de la persona a beneficiar.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social
Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

ANEXO V

**Carta de consentimiento de datos personales
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Presente.

Con fundamento en lo dispuesto en el artículo 3 fracciones VI, VII y VIII de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato, por este conducto otorgo mi consentimiento previo, expreso, libre e informado, para que la Unidad Ejecutora incorpore mis datos personales en una base de datos y/o Padrón de Personas Beneficiarias del Programa Mi Hospital Cercano, con motivo de los servicios de salud que brinda a través de ese Programa.

De conformidad con lo dispuesto en el aviso de privacidad integral, los datos personales sometidos a tratamiento: que conforman el expediente médico – administrativo: CURP del menor, Identificación oficial de los progenitores, tutores y/o representa legal, carta de solicitud de apoyo del beneficiario, carta bajo protesta de decir la verdad, carta de consentimiento de datos personales, carta de derechos y obligaciones de las personas beneficiadas, carta de consentimiento informado administrativo, archivo de Excel para conformar el padrón de beneficiarios, lista de cotejo del cumplimiento de los requisitos, documento de gestión, respuesta de viabilidad de apoyo, documento de validación, encuesta de satisfacción, cédula de contraloría social, fotografías y todos los documento que integran el expediente clínico de la persona a beneficiar.

Los fines del tratamiento de los datos personales: informar a la población para que conozcan los trámites y servicios que presta ISAPEG, validar la identidad de la persona que solicita algún trámite o servicio en las unidades administrativas y de salud de ISAPEG, formar un registro a efecto de notificar, dar seguimiento y respuesta de los trámites o servicios solicitados para su atención puntual por parte del ISAPEG, Integrar un registro para efectos estadísticos de las personas que realizan trámites o servicios, Cumplir con las obligaciones legales en materia de protección de datos personales de los usuarios de plataformas electrónicas.

Persona a beneficiar:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Responsable de la persona a beneficiar.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social. Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

ANEXO VI

**Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Nombre del beneficiario:

Manifiesto que la Unidad Ejecutora (Nombre del Hospital General – Hospital Comunitario – Hospital Especializado), me informo mis derechos y obligaciones con respecto a la solicitud de apoyo a través del Programa Mi Hospital Cercano y me entregó copia del Anexo VI que estoy firmando en original.

Son derechos de los beneficiarios:

- Recibir servicios integrales de salud;
- Ser tratados (as) con dignidad, igual y respeto;
- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación necesaria respecto a la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen;
- Recibir información sobre los requisitos y procedimientos de acceso al Programa;
- Ser informados o informadas sobre el estatus que guardan sus peticiones;
- Que se les notifique por escrito la resolución definitiva que recaiga a sus solicitudes;
- Designar una persona autorizada que reciba en su representación los apoyos del Programa;
- Ser escuchadas por las autoridades o personas servidoras públicas responsables del Programa cuando así lo soliciten;
- Contar con su expediente clínico;
- Ser tratado con confidencialidad;
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- Recibir atención médica en urgencias;
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida;
- Recibir oportunamente los apoyos o beneficios del Programa cuando cumplan los requisitos establecidos y resulten seleccionadas de conformidad con los criterios aplicables;
- Recibir atención a sus solicitudes, quejas y sugerencias;
- Que sus datos personales sean recabados y tratados en término de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados para el Estado; y
- Los demás que se desprendan de estas Reglas de Operación y del resto del marco jurídico aplicable.

Son obligaciones de las personas beneficiarias:

- En caso de Urgencia médica y/o quirúrgica deberá cumplir con lo establecido en estas Reglas;
- Abstenerse de proporcionar documentación falsa;
- Proporcionar en tiempo y forma toda la información y documentación que sea necesaria de conformidad con estas Reglas de Operación;
- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- Hacer uso del documento vigente que lo acredite como persona derechohabiente de los servicios de salud que oferta el ISAPEG;
- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- Otorgar su consentimiento válidamente informado del tratamiento y/o procedimientos por la persona beneficiaria y/o padres o tutor (en caso de que aplique);
- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;
- Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;
- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen, así como de los procedimientos de consultas y quejas;
- Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
- Hacer uso responsable de los servicios de salud;

- Proporcionar información verídica en todo momento;
- Abstenerse de formular pretensiones ilegales, esgrimir hechos contrarios a la verdad o que atenten contra los derechos fundamentales de las personas;
- Proporcionar la información que le sea requerida acorde con lo dispuesto en las presentes Reglas;
- Participar en los procesos de seguimiento y vigilancia desarrollados en la ejecución del Programa a los que sea convocado;
- Deberá ser acompañado por un familiar mayor de edad que tenga capacidad de toma de decisiones, con la salvedad de que no es obligación del programa los alimentos y la estancia del acompañante;
- Requisar la encuesta de satisfacción del Programa.
- Requisar la Cedula de Evaluación Social **Anexo XV**; y
- Las demás que se desprendan de estas reglas de operación y del resto del marco jurídico aplicable.

Persona a beneficiar:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Responsable de la persona a beneficiar.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social. Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

ANEXO VII

**Carta de consentimiento informado administrativo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Lugar de la Unidad Ejecutora, Gto., a -- de ----- de 2020.

Por medio de esta carta de consentimiento informado administrativo, manifiesto libremente que me doy por enterado del procedimiento administrativo, tiempos y acciones para la atención de mi solicitud conforme a las reglas del Programa:

Una vez entregada la documentación por parte de la persona a beneficiar:

Por parte de la Unidad Ejecutora

- Realizara las actividades a través de los portales de compra de Gobierno Estatal y/o Federal según sea el caso de conformidad con la Ley en materia de adquisiciones, lo cual puede comprender un plazo de hasta 18 días hábiles.
- Integrará el expediente médico - administrativo completo y enviará al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx para su viabilidad y/o autorización.

Por parte de la DGSS.

- Emitir la respuesta de viabilidad y/o autorización en un plazo no mayor 10 días hábiles, una vez recibido el expediente médico-administrativo completo al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx.

Por parte de la Unidad Ejecutora

- Notificara por escrito la resolución administrativa que recaiga a la solicitud de la persona a beneficiar en un plazo no mayor de 10 días hábiles, a partir de la fecha en que reciba la autorización DGSS.
- Vigilara que no se venza el plazo de vigencia señalado en el documento de autorización (Anexo XIII) para el ejercicio de los recursos asignados en la (s) partida (s) mencionadas.
- Realizará el o los procedimientos médicos, quirúrgicos y/o diagnósticos de la persona (s) a ser beneficiada (s) dentro del plazo señalado como fecha de vencimiento contenido en el Anexo XIII.

En caso de urgencia médica y/o quirúrgica la respuesta dependerá de la necesidad de la persona a beneficiar.

Persona a beneficiar:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Responsable de la persona a beneficiar.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social
Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

ANEXO VIII

**Archivo de Excel para conformar padrón de personas beneficiadas
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Campo	Descripción
Nombre de la persona beneficiaria*	Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno
Edad*	Colocar si es horas, días, meses y/o años
Género*	Femenino o Masculino
CURP*	Escribir la completa la Clave Única de Registro de Población
Domicilio del beneficiario*	Domicilio completo de la persona a beneficiaria.
Municipio de residencia*	Municipio donde vive la persona beneficiaria
Monto solicitado*	Cantidad en numero de lo que la persona beneficiaria va a requerir
Partida*	Partida presupuestal de donde requieren el monto solicitado
Unidad Ejecutora*	Nombre de la unidad médica ejecutora que realizará el procedimiento
Municipio de la Unidad Ejecutora*	Municipio donde se ubica la Unidad Médica Ejecutora que realizará el procedimiento
Fecha de la atención médico - quirúrgica	Día / Mes / Año
Estudios preoperatorios de laboratorio	Si / No / No Aplica
Radiografía de tórax	Si / No / No Aplica
Electrocardiograma	Si / No / No Aplica
Valoración por medicina interna	Si / No / No Aplica
Valoración por pediatría	Si / No / No Aplica
Valoración por anestesiología	Si / No / No Aplica
Nombre del responsable	Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno
Teléfono del responsable	Número de teléfono de la persona responsable de la persona beneficiada

*CAMPOS OBLIGATORIOS

Nota 1: El archivo en Excel deberá ser enviado al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx

Nota 2: Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

Nota 3: La DGSS a través de DRA realizara los reportes correspondientes a la Secretaría de Transparencia y Rendición de Cuentas y a la Secretaría de Desarrollo Social y Humano.

Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

ANEXO IX

Lista de cotejo para la Integración del expediente médico - administrativo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020

Nombre del Beneficiario: _____

Marcar con X el estatus con el cual se cuenta la información

DOCUMENTO	ESTATUS DE LA INFORMACIÓN		
	Si Cumple	No Cumple	No Aplica
1. CURP de la persona a beneficiar, o en su caso, documento oficial expedido por la autoridad municipal del lugar de residencia;			
2. Identificación oficial del responsable de la persona a beneficiar (Obligatoria en el caso de menores de edad)			
3. Carta de solicitud de apoyo. Anexo III			
4. Carta bajo protesta de decir verdad: Anexo IV			
5. Carta de consentimiento de datos personales: Anexo V			
6. Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada: Anexo VI			
7. Resumen clínico firmado por médico tratante, especificando diagnóstico y tratamiento.			
8. Hoja de referencia en caso de que aplique para la atención médico – quirúrgica.			
9. Carta de consentimiento informado administrativo: Anexo VII			
10. Documento de justificación de casos urgentes como: médico, diagnósticos, quirúrgico o complementario para realizar la asignación directa de proveedor.			
11. Cotizaciones de una a máximo tres, de proveedores inscritos en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado de Guanajuato por medio de los portales de compras de acuerdo con las disposiciones administrativas vigentes para las partidas que aplica presentar.			
12. Archivo de Excel para conformar el padrón de personas beneficiadas: Anexo VIII			
13. Lista de cotejo para la Integración del expediente médico – administrativo: Anexo IX			
14. Documento para la gestión: Anexo X			

Nota 1: El Anexo debe venir firmado por el director (a) o encargado (a) y Administrador (a) o de la Unidad Ejecutora mismo que conformaran el expediente médico administrativo y será enviado al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx
 Nota 2. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.
 Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.
 Las Unidades Ejecutoras serán las responsables de dar cumplimiento a lo establecido en la Ley de Contrataciones Públicas para el Estado de Guanajuato y a las Disposiciones Administrativas vigentes que emita la DGA de que el o los proveedores seleccionados para atención medica y/o quirúrgica cumplan con los requisitos establecidos en los instrumentos normativos previamente mencionados.

Valida Nombre y firma del director (a) o encargado (a) de la Unidad Ejecutora	Elabora Nombre y firma del administrador (a) de la Unidad Ejecutora
--	--

Anexo X

Documento para la gestión
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020

Nombre del Director General de Servicios de Salud
Domicilio

Asunto: Solicitud de validación

Número de Oficio de la Unidad Ejecutora
Fecha de la solicitud

Por medio de la presente solicito la validación de:

Nombre de: la persona beneficiaria y/o jornada médica – quirúrgica:

Partida: _____

Monto: (número y letras)

Los documentos fueron enviados al correo electrónico **mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx**

Asimismo, le informo que el expediente médico – administrativo de la persona a beneficiar del Programa quedó en el área de: _____ mismo que es el responsable de resguardar, custodiar y archivar toda la información comprobatoria del mismo.

Sin otro particular, por el momento me despido enviándole un cordial saludo.

Nombre y firma del director (a) o encargado (a)
de la Unidad Ejecutora

Ccp

Visas: ____ / ____ / ____

Nota 1: El Anexo es una guía de como la unidad puede redactar el oficio de solicitud del apoyo, misma que deberá venir en hoja membretada.

Nota 2: Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

Los datos personales que se recaban con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

Anexo XI

**Respuesta de viabilidad de solicitud
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Nombre del titular de la Unidad Ejecutora

Asunto: Respuesta de viabilidad de solicitud

En atención a su solicitud con número de oficio ----- de fecha -----, mediante la cual solicita la validación de:

Nombre de: la persona beneficiaria y/o jornada médica – quirúrgica:

Partida: _____

Monto: (número y letras)

Considerando que los documentos fueron enviados al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx, y una vez analizada la información le informo que su solicitud de apoyo formulada por la Unidad a su cargo, queda con el estatus _____.

Solicito continúe con las acciones correspondiente para llevar a cabo los trámites y procedimientos correspondientes. (Aplica en estatus Autorizado)

Solicito complemente el expediente médico – administrativo conforme lo establece el artículo 12 de las Reglas del Programa Mi Hospital Cercano (Aplica en estatus incompleto)

Por lo cual una vez que el programa cuente con suficiencia presupuestal en la (s) partida (s) correspondientes se le notificar para continúe con las acciones correspondiente para llevar a cabo los trámites y procedimientos correspondientes. (Aplica en estatus en espera).

Toda vez que no se cumple con lo que establece el artículo 12 de las Reglas del Programa Mi Hospital Cercano (Aplica en estatus no factible)

Solicito continúe con las acciones correspondiente para llevar a cabo los trámites y procedimientos correspondientes e integre el expediente médico – administrativo conforme lo establece el artículo 12 de las Reglas del Programa Mi Hospital Cercano (Aplica en estatus urgente)

Por lo cual deberá realizar la carta compromiso con el proveedor asignado conforme a las disposiciones administrativa vigentes, misma que remitirá escaneada al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx a más tardar en ___ de días. (Optativo en caso urgente o autorizado)

Sin otro particular, por el momento me despido enviándole un cordial saludo.

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social. Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

Anexo XII

Carta Compromiso
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020

EMPRESA A QUIEN SE DIRIGE EL DOCUMENTO

Por este conducto manifiesto el compromiso que adquiere el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG), con la empresa NOMBRE DE LA EMPRESA, con RFC _____, siendo su representante el _____, a favor de NOMBRE DEL PACIENTE A BENEFICIAR y/o JORNADAS A REALIZAR, por un monto aproximado de número y letra de la cantidad.

En caso de apoyo particular:

Nombre de la persona a beneficiar

Diagnóstico

Lugar donde se llevará la atención médica, diagnóstica o quirúrgica

En caso de jornada:

Nombre de la jornada

Fecha probable de realización de la jornada

En caso que el monto sea mayor o menor al mencionado, solicito me envíe la cotización de los insumos generados en la intervención quirúrgica a los correos electrónicos _____ y _____. Con la finalidad de realizar la carta compromiso con el monto definitivo.

Sin otro particular por el momento me despido

El documento lo puede firmar director (a) o encargado (a) y/o administrador (a) de la Unidad Ejecutora

El documento deberá estar hoja membretada

ANEXO XIII

Documento de Autorización del expediente médico – administrativo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020Folio: CGSP/DGSS-XXXX/2020
Guanajuato, Gto. a ___ de ____ del 2020Nombre del director
Unidad Ejecutora
Domicilio

Asunto: Documento de Autorización

En atención al documento _____, donde solicita apoyo para la persona beneficiaria C. _____ con diagnóstico de _____ y quien requiere para su atención de _____, le informo que su petición es procedente, toda vez que se ha integrado el expediente de médico – administrativo de la persona beneficiaria cumpliendo con las Reglas de Operación del Programa Mi Hospital Cercano para el ejercicio fiscal 2020.

Número de Registro:
Número de Reserva.
Programa.
Proceso.
Área funcional.
Centro gestor.
Fuente (s) de financiamiento (s).
Centro de costo.
Partida (s).
Monto.
Fecha de vencimiento.
Estatus.

Así mismo, deberá enviar copia de la encuesta de satisfacción y evidencia fotográfica de la atención médicas y/o quirúrgica de la persona(s) beneficiada(s) al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx.

Sin otro particular me despido de usted, no sin antes enviarle un cordial saludo.

Nombre y firma de la persona titular de la DGSS

Ccp

Visas: ___ / ___ / ___

**Lista de Cotejo del documento de autorización del expediente médico – administrativo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020**

Nombre de la persona beneficiaria y/o jornada médico - quirúrgica:

Marcar con X el estatus con el cual se cuenta la información

DOCUMENTO	ESTATUS DE LA INFORMACIÓN		
	Si Cumple	No Cumple	No Aplica
1. CURP de la persona a beneficiar, o en su caso, documento oficial expedido por la autoridad municipal del lugar de residencia;			
2. Identificación oficial del responsable de la persona a beneficiar (Obligatoria en el caso de menores de edad)			
3. Carta de solicitud de apoyo: Anexo III			
4. Carta bajo protesta de decir verdad: Anexo IV			
5. Carta de consentimiento de datos personales: Anexo V			
6. Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada: Anexo VI			
7. Resumen clínico firmado por médico tratante, especificando diagnóstico y tratamiento.			
8. Hoja de referencia en caso de que aplique para la atención médico – quirúrgica.			
9. Carta de consentimiento informado administrativo: Anexo VII			
10. Documento de justificación de casos urgentes como: médico, diagnósticos, quirúrgico o complementario para realizar la asignación directa de proveedor			
11. Cotizaciones de una a máximo tres, de proveedores inscritos en el Padrón de Proveedores del Gobierno del Estado de Guanajuato por medio de los portales de compras de acuerdos a las disposiciones administrativas vigentes para las partidas que aplica presentar			
12. Archivo de Excel para conformar el padrón de personas beneficiadas: Anexo VIII			
13. Lista de cotejo para la Integración del expediente médico – administrativo: Anexo IX			
14. Documento para la gestión: Anexo X			

Autoriza	Vo. Bo	Elabora
Nombre y firma del titular de la DGSS	Nombre y firma del titular de la DAM	Nombre y firma del líder del Programa Q0060

Los datos personales que se recaben con motivo de la operación este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

ANEXO XIV

Encuesta de satisfacción
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020

Fecha de elaboración: _____

1. Nombre de la persona beneficiada:

2. Marque con una X que tan satisfecho está con atención recibida en la Unidad Ejecutora (En donde uno es una calificación no aprobatoria y diez es aprobatoria)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. ¿Marque cuantos días le tomo resolver el trámite administrativo una vez que se presentó a la Unidad Ejecutora?

1 a 10 días hábiles	11 a 20 días hábiles	21 a 30 días hábiles	31 o más días hábiles
---------------------	----------------------	----------------------	-----------------------

4. ¿Qué sugiere para mejorar el trámite?

Persona a beneficiar:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Responsable de la persona a beneficiar.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social. Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato

ANEXO XV

Cédula de Evaluación Social - Reverso
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal 2020

III. CAPACITACIÓN EN EL PROGRAMA

Si recibió alguna asesoría, capacitación o taller en el programa, ayúdenos a contestar las siguientes preguntas:

11. ¿Cómo califica el trabajo de la persona que impartió la asesoría, capacitación o taller?
 Buena Regular Mala
12. ¿Qué la/lo motivó a opinar esto? _____
13. ¿Considera de utilidad la información que recibió?
 Si No
14. ¿Qué la/lo motivó a opinar esto? _____
15. ¿Requiere que se le asesore, capacite o se le brinde algún taller relacionado a su programa?
 Si No
16. Si respondió que sí ¿qué temas le gustaría recibir? _____

REPORTE CIUDADANO OPCIONAL (SOLICITUD, QUEJA, DENUNCIA Y/O FELICITACIÓN)

INSTRUCCIONES

En este apartado, podrá solicitar un trámite o un servicio, felicitar o presentar alguna queja o denuncia ciudadana del programa social estatal que está evaluando. La información personal contenida en este reporte será utilizada exclusivamente para brindarle atención, seguimiento y respuesta a su reporte.

31. A través de este formato, deseo presentar: Solicitud Queja Denuncia Reconocimiento

Proporcione la información o datos del servidor(a) público(a) involucrado(a) para su identificación:

32. La servidora o servidor público Federal Estatal Municipal No sé
33. Nombre de la servidora o servidor público: _____
34. Cargo: _____
35. Dependencia o área de trabajo: _____
36. Díganos cuál es el motivo de su reporte ciudadano: _____

ATENCIÓN: Esta cédula deberá entregarse a la institución responsable del programa social estatal. No olvide desprender el talón que aparece al final, el cual será su comprobante de entrega de esta cédula.

SECRETARÍA DE LA TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS
COMPROBANTE DE ENTREGA DE CÉDULA

No. de folio: _____

Los datos personales que se recaben con motivo de la operación de este Programa serán tratados de conformidad con lo establecido en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato