

SECRETARÍA DE SALUD DE GUANAJUATO

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA MI HOSPITAL CERCANO PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2022

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 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, 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; 29, 34 y Segundo Transitorio de la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2022; 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; minuta de la primera sesión extraordinaria de la Junta de Gobierno del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, celebrada el 16 de diciembre de 2021, y

CONSIDERANDO

El estado de Guanajuato, al igual que todo el país, ha enfrentado las mayores dificultades vistas en los últimos años, pues una combinación de factores sociales, sanitarios, políticos y económicos, han puesto en riesgo los logros alcanzados por los guanajuatenses a lo largo de varias décadas.

La presente Administración Pública tiene como prioridad fortalecer la economía, el empleo, los programas sociales, el compromiso con los grupos vulnerables, la generación de procesos híbridos de educación, la promoción del Estado de derecho y el respeto al medio ambiente para impulsar el bienestar de toda la población, a través de estrategias incluyentes e innovadoras con mecanismos y herramientas de simplificación administrativa que permitan a la población guanajuatense el acceso oportuno a los apoyos de los programas sociales y servicios otorgados por el gobierno del Estado.

En este sentido, la actualización del Programa de Gobierno 2018-2024 publicada en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado, número 134, Segunda Parte, del 7 de julio de 2021, atiende a la nueva normalidad generada por la pandemia del COVID-19, ante la necesidad de implementar un esquema innovador de gobernanza que refuerce la Estrategia Impulso, con un modelo que permita articular a todas las dependencias y entidades en la atención a las necesidades de la población directamente en los lugares en donde habitan, con la implementación de acciones orientadas a combatir la pobreza y fortalecer el desarrollo social, atendiendo a los ejes estratégicos en materia de educación, salud, economía, alimentación y vivienda, para que de esta manera coadyuven para abatir el rezago educativo, garantizar el acceso a la atención médica de calidad para la población sin seguridad social, impulsar el incremento de las oportunidades de ingreso y autoempleo para las personas que más lo requieren, fortalecer el acceso a la alimentación y vivienda de calidad y fortalecer el tejido social con gente ayudando a la gente en un entorno de paz y sustentabilidad.

La Actualización del Programa de Gobierno 2018-2024 se alinea a la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, que entre sus objetivos se encuentra el de fortalecer el ejercicio y goce de los Derechos Humanos de la población en situación de vulnerabilidad, mediante la implementación de estrategias, siendo una de estas, la incorporación del enfoque de Derechos Humanos en planes y programas gubernamentales, así como la igualdad entre mujeres y hombres.

Por otro lado, y de acuerdo a lo evaluado por la Asociación Civil Gestión Social y Cooperación, (IDES, GESOC, A.C.), Guanajuato se ha desempeñado como uno de los estados que cuentan con el mejor Índice de Capacidades para el Desarrollo Social, ya que ha desarrollado un crecimiento significativo en el ranking nacional, 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, llegando incluso a alcanzar el primer lugar nacional por segundo año consecutivo en la gestión eficiente de programas y acciones estatales de desarrollo social. Lo cual indica que Guanajuato es referente nacional en su política social, ya que se tienen resultados importantes en la población con carencia por calidad y espacio de la vivienda que disminuyó considerablemente en más de 183 mil personas pasando de un 9.1% a un 5.9% y también se disminuyó en este mismo periodo la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda un 11.9% a 10.5%, es decir, poco más de 77 mil personas (Medición de la pobreza en México 2018-2020, CONEVAL). En cuanto al índice de rezago social, en el ranking nacional Guanajuato avanzó en cinco posiciones, pasando de un indicador de rezago social medio a bajo, lo que representa una mejoría en el 91% de sus indicadores. De igual manera, el índice de marginación ha mejorado en treinta y dos municipios del estado y los

catorce restantes no han tenido retroceso, por lo que actualmente ningún municipio se encuentra con índice de muy alto grado de marginación.

Por lo anterior, esta Administración Pública Estatal se ha propuesto disminuir la población en condición de pobreza, incrementar las opciones de empleo, elevar el ingreso para mejorar su distribución, vitalizar el tejido y la cohesión social, fortalecer a las familias para lograr que cada guanajuatense cuente con condiciones igualitarias, con acceso universal a la salud y a la educación, el medio ambiente y el aprovechamiento sustentable de los recursos naturales, impulsar la participación activa entre la ciudadanía y gobierno para la construcción comunitaria, con el fin de asegurar el futuro de las siguientes generaciones.

Estamos convencidos de que la innovación, la optimización de los recursos y la mancuerna entre sociedad y gobierno seguirán haciendo de ¡Guanajuato: ¡Grandeza de México!

CONTEXTO DEL PROGRAMA

El Programa Mi Hospital Cercano tiene como objetivo garantizar a la población la seguridad en la atención médica y/o quirúrgica para resolver o minimizar el daño de su padecimiento y/o discapacidad.

Dentro del Plan Estatal de Desarrollo Guanajuato 2040, debido a que el desarrollo social es multidimensional, se consideraron los siguientes temas como prioritarios para el análisis de la dimensión humana y social: bienestar social, educación y grupos prioritarios. A su vez, estos temas consideran el diagnóstico de diversas variables como: desarrollo social, salud, familia, vivienda, cultura, deporte y derecho de las mujeres a la educación y a una vida libre de violencia, así como el análisis de las condiciones de grupos prioritarios como son las niñas, los niños, los jóvenes, las personas adultas mayores, las personas con discapacidad, los miembros de comunidades indígenas y las personas migrantes.

Teniendo como principales retos y desafíos que enfrenta Guanajuato en materia de Desarrollo Humano y Social: Mejorar la calidad los servicios de salud e incrementar su cobertura.

En la actualización del Programa de Gobierno 2018-2024 la planeación para Guanajuato es una de las tareas fundamentales en el ejercicio de gobierno, pues es lo que ha dado continuidad y eficacia en las estrategias y políticas públicas que han conducido al desarrollo de la entidad. Por lo cual Garantizaremos el acceso a la atención médica de calidad a través de ir asegurando la oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Actualmente la atención médica, diagnóstica, quirúrgica y complementaria que se oferta en redes de atención considerando 565 unidades de consulta externa, 44 unidades de hospitalización, 20 Unidades de Especialidades Médicas (19 UNEME y 1 CAIA), 6 Unidades de Apoyo (3 módulos SUEG, 1 Laboratorio Estatal de Salud Pública, 1 Centro Estatal de Trasplantes y 1 Centro Estatal de Medicina Transfusional) y 9 Unidades Administrativas (1 oficina central y 8 jurisdicciones sanitarias), 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, que se encuentra dentro del modelo de atención. Paquetes y medicamentos que se establecen conforme al nivel de atención de las unidades médicas del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Derivado de lo anterior, y considerando el alcance de la protección financiera, el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 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 quirúrgica en las unidades ejecutoras de responsabilidad del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

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 2022 para quedar en los términos siguientes:

REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA MI HOSPITAL CERCANO PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2022

Objeto de las Reglas de Operación

Artículo 1. Las disposiciones de estas Reglas de Operación tienen por objeto normar la ejecución eficiente, eficaz, equitativa y transparente del Programa "Mi Hospital Cercano", así como establecer el procedimiento para su solicitud y otorgamiento.

- I. Fortalecer la atención médica, complementaria y/o quirúrgica de los beneficiarios que soliciten a la Unidades Ejecutoras, a través de la revisión de los expedientes médicos - administrativos que sean requeridos a la Unidad Administrativa Responsable del Programa para contribuir a resolver el rezago médico y/o quirúrgico en las unidades médicas del ISAPEG.

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, complementaria y/o quirúrgica;
- II. **Base Mi Hospital Cercano 2022:** 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:** conjunto de procesos sociales que generan y fortalecen en las personas un sentido de confianza y pertenencia a una comunidad;
- IV. **Contraloría Social:** participación de las personas beneficiarias 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 los posibles expediente médico-administrativo de la persona a beneficiar, se emitirán las diversas respuestas entre las Unidad Responsable del Programa y las Unidad Ejecutora, DGA y la Unidad Administrativa del Programa. El cual corresponde a mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx
- VI. **DAM:** Dirección de Atención Médica;
- VII. **Derechos Humanos:** Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona, Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes;
- VIII. **DGA:** Dirección General de Administración;
- IX. **DGSS:** Dirección General de Servicios de Salud;
- X. **DGPdD:** Dirección General de Planeación y Desarrollo;
- XI. **DRA:** Departamento de Redes de Atención;
- XII. **Expediente médico-administrativo:** documento en el cual la Unidad Ejecutora del ISAPEG integra todos los requisitos y anexos necesarios para solicitar la Autorización a la Unidad Administrativa Responsable del Programa;
- XIII. **Índice de desarrollo humano:** es un indicador sintético de los logros 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;
- XIV. **ISAPEG:** Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato;
- XV. **Ley:** Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2022;
- XVI. **Líder del Proyecto:** Personas responsables del Programa y que conforman parte de la Unidad Administrativa Responsable del Programa;



- XXVII. Metas programadas:** Se refiere a los resultados esperados y su cuantificación en términos de entregables, apoyos, bienes o servicios que se espera o estima alcanzar en el ejercicio fiscal correspondiente para el cumplimiento de los objetivos del proyecto o programa, las cuales pueden estar sujetas a ajustes en el transcurso del ejercicio fiscal con base en la normatividad aplicable;
- XXVIII. Persona a Beneficiar:** Persona física que recibirá el o los apoyos del Programa Mi Hospital Cercano, a través de los componentes que oferta el Programa;
- XIX. Perspectiva de Género:** visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres, que propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad, la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades, para acceder al desarrollo social y la representación en los ámbitos de toma de decisiones;
- XX. Programa:** Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022;
- XXI. 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;
- XXII. Reglas de Operación:** las Reglas de Operación del Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022;
- XXIII. 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;
- XXIV. Secretaría:** la Secretaría de Desarrollo Social y Humano;
- XXV. SFlyA:** la Secretaría de Finanzas, Inversión y Administración;
- XXVI. 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;
- XXVII. Unidad Administrativa comprobatoria del gasto del Programa:** son los servidores públicos que recibe el documento contable para llevar a cabo la comprobación del gasto del Programa;
- XXVIII. Unidad Administrativa Ejecutora del Programa:** son los servidores públicos responsables de recabar la documentación de los posibles beneficiarios, integrar el expediente médico y/o administrativo y realizar el documento contable correspondiente;
- XXIX. Unidad Administrativa responsable del Programa:** son los servidores públicos que deberán firmar el documento de autorización. Que estará conformado por las personas titulares de Direcciones General de Servicios de Salud, la Dirección de Atención Médica y la persona líder del proyecto Q0060 o también denominada Área Responsable de la Operación del Programa;
- XXX. Unidad Ejecutora:** unidad médica con tipología de: urbana, rural, hospitales generales, comunitarios y especializados, jurisdiccionales y/o de apoyo estatal de la Secretaría de Salud e ISAPEG; y
- XXXI. 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.

Las zonas de atención prioritaria; así como las personas o poblaciones que a consecuencia de la pandemia generada por el virus SARS-CoV2 (COVID-19) o por los efectos que ésta produzca en el territorio del estado de Guanajuato, se encuentren o se coloquen en situación de vulnerabilidad, serán preferentes en la aplicación de los recursos asignados al Programa.

Asimismo, en la aplicación de este Programa se fomentará la participación transversal de la ciudadanía y el gobierno, con el objeto de fortalecer el tejido social, el desarrollo social y humano.

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 Desarrollo Social y Humano. **Anexo I**

El impacto esperado del Programa es "realizar a través de las Unidades Ejecutoras la atención médica, complementaria y/o quirúrgicas con los componentes que oferta el Programa".

El Programa tiene el propósito amortizar el gasto de bolsillo de la atención médica, quirúrgica y/o complementación diagnóstico - terapéutica de la persona beneficiaria.

El programa posee el siguiente componente: **Anexo I**

- I. Atención a los Expedientes Médicos - Administrativos de la(s) persona(s) beneficiada(s), que por falta de cobertura o por falta de recursos no han sido atendido su o sus padecimientos.

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

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.

Estas acciones pueden ser que se requieran o no durante la vigencia de las Reglas de Programa, debido a que dependemos de la necesidad específica para brindar la atención que requieren los beneficiarios siempre salvaguardando las medidas de prevención, control, atención de las pandemias, epidemia o contingencias que se presenten en el Estado.

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 objetivo general la amortización del gasto de bolsillo en la atención médica, quirúrgica y/o complementación diagnóstico-terapéutica para resolver o minimizar el daño de su o sus padecimientos (s).

Objetivos específicos del Programa

Artículo 5. Son objetivos específicos del Programa:

- I. Fortalecer la atención médica y/o quirúrgica de los beneficiarios que soliciten a la Unidades Ejecutoras, a través de la revisión de los expedientes médicos - administrativos que sean requeridos a la Unidad Administrativa Responsable del Programa 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 treientos treinta y un mil ciento cuarenta y dos (6,331,142) persona que habitan en los 46 municipios del Estado.

Población objetivo

Artículo 7. La población objetivo del Programa es de tres millones setecientos sesenta y dos mil setecientos cincuenta (3,762,750) personas que habitan en los 46 municipios del Estado, que no tienen derechohabencia a ningún tipo de seguridad social y que son responsabilidad de atención del ISAPEG

**Población beneficiada
(Personas beneficiarias directas y por grupo específico o por región)**



Artículo 8. La población beneficiada directamente por el Programa es de seiscientos treinta (630) personas que habitan en los 46 municipios del Estado y que dan cumplimiento al expediente médico y/o administrativo para ser beneficiarios del Programa.

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

El número de personas beneficiarias podrán ser menor o mayor dependiendo del monto asignado o de los ajustes presupuestarios que se realicen al proyecto a través de la DGPYD, DGA y SFlyA durante su ejecución siempre salvaguardando las medidas de prevención, control, atención de las pandemias, epidemia o contingencias que se presenten en el Estado.

Responsable del Programa

Artículo 9. El ISAPEG a través de la DGSS, la DAM y el DRA es la Unidad Administrativa Responsable del Programa, y es la encargada de emitir los diversos documentos de autorización de los Apoyos.

Las Unidades Ejecutoras de la Secretaría de Salud e ISAPEG son las Unidades Administrativas encargadas de la ejecución del Programa, llevar a cabo las acciones del componente del Programa.

La DGA es la unidad administrativa responsable de resguardar, custodiar y archivar toda la información y la documentación original comprobatoria del gasto del Programa, la cual deberá ser acorde a la establecida en las Disposiciones Administrativas vigentes que emita, lo anterior en conjunto con:

- I. Unidades Ejecutoras quienes deberán resguardar, custodiar y archivar 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:

- I. Atención médica y/o quirúrgica;
- II. Complementación diagnóstica;
- III. Atención farmacológica;
- IV. Jornadas médicas y/o quirúrgica
- V. Atención Integral médica y/o quirúrgica; y
- VI. Arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico.

Estos apoyos pueden ser que se requieran o no durante la vigencia de las Reglas del Programa, debido a que dependemos de la necesidad específica para brindar la atención que requieren los beneficiarios, siempre salvaguardando las medidas de prevención, control, atención de las pandemias, epidemia o contingencias que se presenten en el Estado, asimismo dependerá del costo del tipo de apoyo solicitado.

Metas programadas

Artículo 11. El Programa tiene como meta:

- I. Atención médica y/o quirúrgica en las Unidades Médicas y/o Hospitalarias de responsabilidad del ISAPEG a pacientes, que su o sus padecimientos requieran de una atención médica y/o quirúrgica;

Unidad de medida: Seiscientos Treinta (630) solicitudes médicas y/o quirúrgicas concluida (expedientes médicos – administrativos concluidos).

Las metas del Programa se cumplirán conforme a los recursos asignados a éste y de acuerdo a las solicitudes de apoyo recibidas; mismas que podrán estar sujetas a ajustes en el transcurso del ejercicio fiscal con base en la normatividad aplicable. Así mismo las metas Programas podrán sufrir modificación durante su operación en los municipios donde se asignó el recurso, mismos que pueden ampliar y/o disminuir conforme a las Unidades Ejecutoras que realicen la gestión.

Requisitos y procedimientos de acceso

Artículo 12. Para acceder a los apoyos del Programa:

- I. Por parte de la persona a beneficiar y/o el responsable de la misma:

- a) CURP de la persona a beneficiar (copia simple)*;
- b) INE de la persona a beneficiar (copia simple)**;
- c) Comprobante de domicilio o en su caso, documento oficial expedido por la autoridad municipal del lugar de residencia (copia simple)**;
- d) Identificación oficial del responsable de la persona a beneficiar INE y/o CURP (copia simple)** (Obligatoria en el caso de menores de edad) y/o discapacidad)*y
- e) Solicitud Impulso [Carta de apoyo] (original)**. **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.

II. Por parte de las unidades ejecutoras:

- a) Cédula impulso o estudio socioeconómico (original)** **Anexo IV**
- b) Carta de consentimiento de datos personales (original)* **Anexo V**;
- c) Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada (original)* **Anexo VI**;
- d) Resumen clínico firmado por médico tratante, especificando diagnóstico y tratamiento (copia simple)*;
- e) Hoja de referencia en caso de que aplique para la atención médica y/o quirúrgica (copia simple)**;
- f) Carta de consentimiento informado administrativo (original)* **Anexo VII**;
- g) Archivo de Excel para conformar el padrón de personas beneficiadas (original)* **Anexo VIII**;
- h) Lista de cotejo para la integración del expediente médico-administrativo (original)* **Anexo IX**; y
- i) Documento para la gestión (original)* **Anexo X**

*Documentos Obligatorios y **Documentos Opcionales

Estos documentos conformarán el expediente médico y/o administrativo mismo que deberán ser digitalizado y enviado al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx para su revisión y entrega de documento correspondiente por parte de la Unidad Administrativa Responsable del Programa. No es necesario enviar copia o los originales a la DGSS.

Los documentos que conforman el expediente médico-administrativo deberán ser resguardados por la Unidad Ejecutora en el área que ellos determinen para su pronta ubicación. Así estas Unidades determinaran el número de copias y/o originales para los trámites que deben realizar para la comprobación del recurso.

En relación a la persona a beneficiar por una jornada quirúrgica, la Unidad Ejecutora solicitará vía oficio a la DGSS 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, la Unidad Administrativa Responsable del Programa entregará el documento de autorización y la Unidad Ejecutora podrá realizar la comprobación del gasto. No se entregarán documentos con códigos programáticos, si la Unidad Ejecutora no comprueba tener la totalidad de los Expedientes de las Personas Beneficiarias. 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 la jurisdicción sanitaria respectiva coadyuvará con la Unidad Ejecutora en la realización de las acciones correspondientes para la integración del expediente médico y/o administrativo, aplicación de la encuesta de satisfacción y/o contraloría social, visita domiciliaria en caso de requerirse.

III. Por parte de la DGSS:

- a) A través de la DAM – DRA que forman parte de Unidad Administrativa Responsable del Programa revisarán el correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx en donde emitirán la respuesta correspondiente según la información recibida (la UARP tiene un periodo de 60 días hábiles para emitir el documento);
- b) Emitirá el documento de autorización del expediente médico y/o administrativo el cual llevará anexa la reserva presupuestal de la o las partidas conforme a las disposiciones administrativas vigentes; **Anexo XI***

- c) 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 2022.

*Documentos Obligatorios y **Documentos Opcionales.

Asimismo, los registros recibidos al correo mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx se clasificarán según la información con la que cuente el expediente médico y/o administrativo, de las cuales pueden estar en alguno de los siguientes estatus:

- **Autorizado:** expediente médico y/o administrativo que cumple con los requisitos del Programa y se entrega el documento de autorización con fuente de financiamiento;
- **Autorizado Cancelado:** La Unidad Ejecutora informa que el posible beneficiario no desea continuar con el trámite del recurso otorgado por lo cual se cancela el expediente médico y/o administrativo previamente autorizado.
- **Concluido:** expediente médico y/o administrativo, el cual se cuenta con el reporte presupuestal emitido por la DGA.
- **Comité:** expediente médico y/o administrativo el cual se encuentra en proceso de revisión por la Unidad Responsable del Programa.
- **En espera:** expediente médico y/o administrativo que cumple con los requisitos del Programa, sin embargo, el Programa no cuenta con fuente de financiamiento para otorgar el documento de Autorización, la Unidad Ejecutora buscara opciones alternativas para su atención y/o búsqueda de fuente de financiamiento;
- **Incompleto:** expediente médico y/o administrativo el cual no cumple con los requisitos del Programa;
- **No factible:** expediente médico-administrativo, que por la información contenida 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 necesaria de la solicitud con las acciones a realizar. La Unidad Ejecutora deberá integrar el expediente médico-administrativo, para otorgar el documento de validación; y
- **Reserva vencida:** expediente médico-administrativo en donde el documento de autorización se encuentra vencido y la Unidad Ejecutora deberá realizar el procedimiento de gestión para su nueva Autorización.

Mecanismos de elegibilidad

Artículo 13. Son criterios de elegibilidad del Programa:

- I. Mujeres u Hombres a beneficiar que realice una solicitud al Programa;
- II. Cumplimiento del expediente médico y/o 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. Persona derechohabiente a otra institución y que dé cumplimiento al expediente médico-administrativo conforme a lo indicado en el artículo 12 para ingresar a las jornadas médicas y/o quirúrgica;
- VI. La Unidad Administrativa Responsable de Programa podrá decidir en los casos que no se cuente con todo lo indicado en el artículo 12, si es procedente la autorización para salvaguarda la atención médica y/ o quirúrgica del beneficiario;
- VII. Envío del expediente médico y/o administrativo al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx; y

- VIII. Contar con suficiencia presupuestal en la partida definida por la Unidad Ejecutora.
- IX. Acudir a la cita o citas de forma puntual a las Unidades Ejecutoras que se le indiquen para realizar las valoraciones y/o procedimientos correspondientes

Programación presupuestal

Artículo 14. El programa de inversión para la operación y ejecución del Programa corresponde al Q0060 Mi Hospital Cercano, mismo que forma parte del programa presupuestario E012 «Atención Médica».

El monto de recursos aprobados para el Programa es de \$21,140,680.00 (Veintiún Millones Ciento Cuarenta Mil Seiscientos Ochenta pesos 00/100M.N).

El presupuesto del presente Programa se ejercerá conforme a la naturaleza del mismo y los procesos establecidos por la ISAPEG o la Secretaría de Salud a través de su Junta de Gobierno.

En caso que en la Ley, se apruebe una disminución o aumento del presupuesto señalado en el presente artículo, se podrá realizar un ajuste de metas al Programa, siempre y cuando la Unidad Administrativa Responsable del Programa lo determine necesario.

La DGPYD, solicitará a la Unidad Administrativa Responsable del Programa el documento de Autorización para contar con el código programático para poder llevar a cabo la evaluación correspondiente al Programa, siempre y cuando se tenga suficiencia presupuestal en la partida a ejercer.

Métodos de comprobación del gasto de la aplicación del apoyo

Artículo 15. Son métodos de comprobación del gasto:

- I. Por parte de la Unidad Administrativa Responsable del Programa, elaborará y firmará el documento de autorización en donde se especificará **Anexo XI**.
 - a) Nombre de la persona beneficiada o acción del componente del Programa
 - b) Número de registro
 - c) Número de reserva
 - d) Programa
 - e) Proceso
 - f) Área funcional
 - g) Centro gestor
 - h) Fuente de financiamiento (s)
 - i) Centro de costo
 - j) Partida (s)
 - k) Fecha de vencimiento de la reserva

- II. Por parte de la Unidad Administrativa Responsable del Programa, elaborará y firmará la lista de cotejo (corroborando que la información remitida por la Unidad Ejecutora que se establece en el Artículo 12 Fracción II): **Anexo XI**.
 - a) Autoriza - DGSS
 - b) Visto Bueno – DAM
 - c) Otorga suficiencia presupuestal de la partida 2530 y 2540 – DRA
 - d) Elabora – DRA

La Unidad Administrativa Responsable del Programa elaborará el documento de Autorización el cual se describirá el código programático para poder llevar a cabo la evaluación correspondiente al Programa siempre y cuando se tenga suficiencia presupuestal en la partida a ejercer y la DGPYD cuenta con la validación de los términos de referencia y los documentos necesarios para llevar a cabo la misma. Solicitará al área responsable de la información presupuestal para dar cumplimiento a la normatividad aplicable.

- III. Por parte de la Unidad Ejecutora:
 - a) Realizará el o los procedimientos médicos, quirúrgicos y/o diagnósticos de la persona (s) a ser beneficiada (s);
 - b) Seguimiento de la atención médica y/o quirúrgica de la persona (s) beneficiada (s) que acuda (n) a servicios integrales médicos; quirúrgicos y/o diagnósticos;
 - c) Recogerá el documento de autorización original donde determine la Unidad Administrativa Responsable del Programa, para su resguardo correspondiente;
 - d) Notificará por escrito la resolución definitiva que recaiga a la solicitud de la persona a beneficiar; y

- e) Elaborarán el documento comprobatorio y anexarán la documentación necesaria que solicita la DGA para la comprobación de recursos conforme a las disposiciones administrativas vigentes.
- IV. Por parte de la DGPyD:
- a) Enviará el cronograma anual de los reportes mensuales (en donde se regresa el avance físico y financiero) del Programa; y
- b) Remitirá el formato que determine para los reportes al correo de mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx para que la Unidad Administrativa responsable del Programa de respuesta conforme a la información que se obtiene de la Base Mi Hospital Cercano 2022 y/o sistema financiero (R3).

Procedimientos para el reintegro de recursos

Artículo 16. Los recursos se reintegrarán cuando:

- I. La persona beneficiaria no cumpla con los requisitos establecidos los artículos 12, 17 y 18 de estas Reglas;
- II. La DGA cancele las reservas conforme a la normatividad aplicable, por lo cual la Unidad Ejecutora deberá realizar nuevamente el procedimiento de gestión;
- III. 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
- IV. 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. A ser tratados (as) con dignidad, igualdad y respeto;
- II. A recibir orientación sobre los procedimientos de acceso a los apoyos o beneficios del Programa;
- III. A ser informadas sobre el estatus que guardan sus peticiones;
- IV. A que se les notifique por escrito o a través de los medios electrónicos establecidos para la comunicación entre ambas partes, respecto de la resolución definitiva que recaiga a sus solicitudes;
- V. A recibir oportunamente los apoyos o beneficios del Programa cuando cumplan los requisitos establecidos y resulten seleccionadas de conformidad con los criterios aplicables;
- VI. A designar una persona autorizada que reciba en su representación los apoyos del Programa;
- VII. A ser escuchadas por las autoridades o personas servidoras públicas responsables del Programa cuando así lo soliciten;
- VIII. A 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;
- IX. A recibir información sobre los requisitos y procedimientos para acceso al Programa;
- X. A contar con su expediente clínico;
- XI. A ser tratado con confidencialidad;
- XII. A contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- XIII. A recibir atención médica en urgencias;
- XIV. A ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida;
- XV. A recibir oportunamente los apoyos o beneficios del Programa cuando cumplan los requisitos establecidos y resulten seleccionadas de conformidad con los criterios aplicables;
- XVI. A recibir atención a sus solicitudes, quejas y sugerencias;

- XVII. A conocer el aviso de Privacidad del Programa;
- XVIII. A 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
- XIX. 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 y/o información verbal falsa;
- III. Proporcionar en tiempo y forma toda la información y documentación que sea necesaria de conformidad con estas Reglas de Operación;
- IV. Abstenerse de formular pretensiones ilegales, esgrimir hechos contrarios a la verdad o que atenten contra los derechos fundamentales de las personas;
- V. Tratar con respeto a las personas servidoras públicas que intervienen en el funcionamiento del Programa, así como a otras personas interesadas y beneficiarias;
- VI. Acudir a la cita o citas de forma puntual a las Unidades Ejecutoras que se le indiquen para realizar las valoraciones y/o procedimientos correspondientes;
- VII. Acudir a las áreas que se designen por parte de la Unidad Ejecutora conforme a la normatividad aplicable para otorgar la atención médica y/o quirúrgica correspondiente;
- VIII. Apegarse a los tratamientos médicos, farmacológicos, complementarios, integrales y/o quirúrgicos establecidos por su médico tratante.
- IX. Evitar hacer uso irresponsable del tratamiento médicos, farmacológicos, complementarios, integrales y/o quirúrgicos otorgado a la persona beneficiada
- X. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;
- XI. Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- XII. Otorgar su consentimiento informado sobre el tratamiento y/o procedimientos por la persona beneficiaria y/o padres o tutor (en caso de que aplique);
- XIII. Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud;
- XIV. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse;
- XV. 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;
- XVI. Dar un trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes;
- XVII. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento;
- XVIII. Hacer uso responsable de los servicios de salud;
- XIX. Participar en los procesos de seguimiento y vigilancia desarrollados en la ejecución del Programa a los que sea convocado;



- XX. 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;
- XXI. Permitir la toma de evidencia fotográfica de la atención médica y/o quirúrgica de la persona (s) beneficiada (s), misma que la Unidad Ejecutora remitirá al correo mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx;
- XXII. Contestar la encuesta de satisfacción del Programa. Misma que llenará la persona beneficiada o el responsable de la persona a beneficiar **Anexo XII***** y que la Unidad Ejecutora remitirá al correo mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx;
- XXIII. Llenar la cédula de evaluación social cuando se lo indique la Unidad Administrativa Responsable del Programa. **Anexo XIII***** y que la Unidad Ejecutora remitirá al correo mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx; y
- XXIV. Las demás que se desprendan de estas reglas de operación y demás normatividad aplicable.
*** No es requisitos de acceso al Programa. Se solicitarán en el Anexo XI para el cumplimiento de la meta con las Dependencias Obligadas.

Perspectiva de Género

Artículo 19. El Programa impulsará la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, a través de la incorporación gradual de la perspectiva de género, para alcanzar un desarrollo pleno del ejercicio de sus derechos, para ello, se identificará por género el número de solicitudes presentadas y los financiamientos otorgados.

Derechos humanos, equidad, inclusión y diversidad social

Artículo 20. 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 promoverá, 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 21. En caso de incumplimiento a las obligaciones establecidas en las fracciones II y III 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 22. 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.

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 Tamazunchale, 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.

Participación social

Artículo 23. 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.

Mecanismos de articulación, coordinación y colaboración

Artículo 24. El ISAPEG, a través de la Unidad Administrativa Responsable 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 2022 o en su caso, según lo disponga la Dependencia/Entidad.

La DGPYD, solicitará a la Unidad Administrativa Responsable del Programa el documento de Validación de los Términos de Referencia, Autorización para contar con el código programático, así como todos aquellos documentos necesarios conforme a lo normatividad vigente para poder ejecutar la partida correspondiente.

Informe para la Gestión por Resultados

Artículo 27. Corresponderá a la Unidad Administrativa comprobatoria del gasto del Programa la gestión por resultados del presente programa, para ello deberá proporcionar la información que le sea requerida por la Secretaría de Finanzas, Inversión y Administración a través de los sistemas electrónicos de registro y control, que en su caso dicha Dependencia establezca en los Lineamientos Generales de Gestión para Resultados para la Administración Pública del Estado de Guanajuato, en los términos de los artículos 70 y 70 bis de la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los Municipios de Guanajuato.

Monitoreo, evaluación e indicadores

Artículo 28. Los 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.

Publicación de informes de evaluación

Artículo 29. Los informes de evaluación se difundirán de conformidad con lo dispuesto por el artículo 32 del Reglamento.

Seguimiento a recomendaciones

Artículo 30. La Unidad Administrativa Responsable 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 31. 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.

Ante la concurrencia de recursos en el convenio de asignación respectivo, se establecerá que, durante la entrega, el ejecutor deberá informar sobre la participación del Estado empleando los logotipos institucionales correspondientes, mismos que para tal efecto serán validados por la Coordinación General de Comunicación Social, conforme a la normativa correspondiente.

Transparencia

Artículo 32. 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: <https://salud.guanajuato.gob.mx/programas-sociales-estatales.php> de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.

Padrón Estatal de beneficiarios

Artículo 33. 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, la Ley de Protección de Datos personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato, así como los catálogos que emita la Dirección General de Padrones Sociales 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 34. 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.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**Procedimiento de Denuncias**

Artículo 35. Cualquier persona podrá solicitar asesoría o, en su caso, presentar denuncia por la probable comisión de faltas administrativas en la operación del programa, ante el 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 información al número telefónico 800 627 2583; y
- 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;

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.

Formatos

Artículo 36. Los formatos referidos y las presentes Reglas de Operación estarán disponibles en la siguiente liga: <https://salud.guanajuato.gob.mx/programas-sociales-estatales.php> de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.

Los formatos deben ser requisitados en las Unidades Ejecutoras de responsabilidad del ISAPEG, en relación a que la Unidad en mención es quien remite la solicitud a la Unidad Responsable del Programa para otorgar el documento correspondiente.

Aplicación imparcial de recursos públicos

Artículo 37. La aplicación de las presentes Reglas de Operación debe apegarse a lo dispuesto en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 41, base III, apartado c, así como 122, tercer párrafo de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato y demás ordenamientos relativos y aplicables.



Artículo Primero. Las presentes Reglas de Operación tendrán vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022, 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 2021 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 2021».

Dado en la ciudad de Guanajuato, Guanajuato, a los 17 días de diciembre de 2021.

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

Daniel Alberto Díaz Martínez



ANEXO I

Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato
Metodología de Marco Lógico Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022

Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del Programa Mi Hospital Cercano Q0060 para el Ejercicio Fiscal de 2022						
Nivel	Resumen narrativo	Indicadores			Medios de verificación	Supuestos
		Nombre	Método de calculo	VARIABLES		
Fin	Contribuir a aumentar la esperanza de vida en la población del estado de Guanajuato mediante la atención médica y/o quirúrgica	Esperanza de vida al nacer	(A/B)/C	A: Sumatoria de los años de vida de la población Guanajuatense B: Sumatoria de los años de vida de la población Guanajuatense sin derechohabencia C: Total de la población Guanajuatense	Base de Proyección de la CONAPO por entidad federativa. Estimación estadística por parte del Laboratorio Nacional de Políticas Públicas (LNPP) del Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) ¹ .	La población beneficiada no padece o desarrolla otras enfermedades que afecten su sobrevivencia luego del proceso.
Propósito	La población guanajuatense se presenta un amplio acceso a la atención médica y/o quirúrgica	Porcentaje de población guanajuatense beneficiada con atención médica y/o quirúrgica	(A/B) *100	A: Número de población guanajuatense beneficiada con atención médica y/o quirúrgica B: Número de población que solicita atención médica y/o quirúrgica	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones médicas y/o quirúrgicas otorgadas.	Las asignaciones presupuestales en la materia (atención médica y/o quirúrgica) permiten y/o facilitan la atención de una proporción mayor de guanajuatenses.
Componente	1. Atención médico y/o quirúrgica otorgada	Porcentaje de atenciones médicas y/o quirúrgicas otorgadas	(A/B) *100	A: Número de atenciones médico y/o quirúrgicas concluidas B: Número de atenciones médico y/o quirúrgicas solicitadas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones médicas y/o quirúrgicas	Los beneficiarios no presentan cuadros de infección en el pre y posquirúrgico. Los beneficiarios no acuden a la fecha de realización de su atención médica y/o quirúrgica cancelándose su solicitud, por lo cual se debe reactivar la solicitud nuevamente. En el caso de los beneficiarios menores de edad, que el padre, madre y/o tutor del menor no acepte la atención médica y/o quirúrgica. El beneficiario cancela su atención médica y/o quirúrgica por no querer estar en contacto con pacientes con COVID. Los costos elevados de los insumos para realizar el procedimiento quirúrgico. No se cuenta con proveeduría de los insumos necesarios para llevar a cabo la atención médica y/o quirúrgica

Actividades	1.1 Solicitud del ciudadano (Campo, oficinas centrales: Despacho, DGSS y la CGAF; hospitales y unidades médicas)	Porcentaje de solicitudes de ciudadanos aceptadas/ Porcentaje de solicitudes de ciudadanos recibidas	(A/B) *100	A: Número de solicitudes de ciudadano aceptadas B: Número de solicitudes de ciudadano recibidas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las solicitudes de apoyo realizadas por los ciudadanos.	Las solicitudes de los ciudadanos recibidas por los diferentes mecanismos y/o medios son referidas a los responsables del proyecto. El beneficiario recopila y requisita la información necesaria conforme a ROP
	1.2 Expedientes médico - administrativos validados	Porcentaje de expedientes médico - administrativos validados	(A/B) *100	A: Número de expedientes médico - administrativos validados B: Número de expedientes médico - administrativos recibidos	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre los expedientes médico - administrativos validados.	La Unidad ejecutora remite la información al correo del programa mihospitalcercano@guajuato.gob.mx Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para la asignación del recurso solicitado por el posible beneficiario. Se cuenta con suficiencia presupuestal para otorgar la atención médica y/o quirúrgica
	1.3 Expediente médico - administrativo pagado	Porcentaje de expedientes médico - administrativos pagados	(A/B) *100	A: Número de expedientes médico - administrativos pagados B: Número de expedientes médico - administrativos concluidos	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre los expedientes médico - administrativos pagados.	Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para el pago de la atención médico y/o quirúrgica
Componente	2. Complementación diagnóstica médica y/o quirúrgica otorgada	Porcentaje de complementaciones diagnósticas otorgadas	(A/B) *100	A: Número de complementos diagnósticos concluidos B: Número de complementos diagnósticos solicitados	Registros administrativos del proyecto sobre las complementaciones diagnósticas concluidas	La Unidad ejecutora remite la información al correo del programa mihospitalcercano@guajuato.gob.mx Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para la asignación del recurso solicitado por el posible beneficiario.
Actividades	2.1 Recepción de solicitudes para complementación diagnóstica médica y/o quirúrgica	Porcentaje de complementaciones diagnósticas aceptadas	(A/B) *101	A: Número de solicitudes para complementación diagnóstica aceptadas B: Número de solicitudes para complementación diagnóstica recibidas	Registros administrativos del proyecto sobre las complementaciones diagnósticas aceptadas	Las solicitudes de los ciudadanos recibidas por los diferentes mecanismos y/o medios son referidas a los responsables del proyecto. El beneficiario recopila y requisita la información necesaria conforme a ROP
	2.2 Validación de expedientes médico - administrativos para complementación diagnóstica	Porcentaje de expedientes médico - administrativos validados	(A/B) *100	A: Número de expedientes médico - administrativos validados B: Número de expedientes médico - administrativos recibidos	Registros administrativos del proyecto sobre los expedientes médico - administrativos validados	La Unidad ejecutora remite la información al correo del programa mihospitalcercano@guajuato.gob.mx Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para la asignación del recurso solicitado por el posible beneficiario. Se cuenta con suficiencia presupuestal para la

						complementación diagnóstica médica y/o quirúrgica
	2.3 Complementación diagnóstica médica y/o quirúrgica pagada	Porcentaje de complementaciones diagnósticas pagadas	(A/B) *100	A: Número de complementaciones diagnósticas pagadas B: Número de complementaciones diagnósticas concluidas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las complementaciones diagnósticas pagadas.	Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para el pago de la complementación diagnóstica médica y/o quirúrgica
Componente	3. Atención Farmacológica otorgada	Porcentaje de medicamentos entregados	(A/B) *100	A: Número de medicamentos otorgados B: Número total de medicamentos solicitados	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones farmacológicas otorgadas	Se identifican proveedores que oferte los medicamentos requeridos para cada uno de los beneficiarios
Actividad	3.1 Recepción de solicitudes para atención farmacológica	Porcentaje de atenciones farmacológicas aceptadas	(A/B) *100	A: Número de atenciones farmacológicas aceptadas B: Número de atenciones farmacológicas recibidas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones farmacológicas aceptadas	Las solicitudes de los ciudadanos recibidas por los diferentes mecanismos y/o medios son referidas a los responsables del proyecto. El beneficiario recopila y requisita la información necesaria conforme a ROP
	3.2 Validación de expedientes médico - administrativos	Porcentaje de expedientes médico - administrativos validados	(A/B) *100	A: Número de expedientes médico - administrativos validados B: Número de expedientes médico - administrativos recibidos	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre los expedientes médico - administrativos validados	El beneficiario recopila la información necesaria para la conformación del expediente en tiempo y forma. Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para la asignación del recurso solicitado por el posible beneficiario. Se cuenta con suficiencia presupuestal para otorgar la atención farmacológica
	3.3 Atenciones farmacológicas pagadas	Porcentaje de atenciones farmacológicas pagadas	(A/B) *100	A: Número de complementaciones atenciones farmacológicas pagadas B: Número de atenciones farmacológicas concluidas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones farmacológicas pagadas.	Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para el pago de las atenciones farmacológicas
Componente	4. Jornadas médicas y/o quirúrgicas realizadas	Porcentaje de jornadas médicas y/o quirúrgicas realizadas	(A/B) *100	A: Número de jornadas médicas y/o quirúrgicas realizadas B: Número de jornadas médicas y/o quirúrgicas programadas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las jornadas médicas y/o quirúrgicas realizadas	Los pacientes se presentan en las fechas señaladas a las jornadas quirúrgicas
Actividades	4.1 Programación de la jornada quirúrgica	Porcentaje de jornadas quirúrgicas autorizadas	(A/B) *100	A: Número de jornadas quirúrgicas propuestas B: Número de jornadas quirúrgicas autorizadas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las jornadas quirúrgicas programadas	Existe disponibilidad de quirófanos en los hospitales de la Secretaría de Salud para el desarrollo de las jornadas médicas y/o quirúrgica

	4.2 Validación de expedientes médico - administrativos	Porcentaje de expedientes médico - administrativos validados	(A/B) *100	A: Número de expedientes médico - administrativos validados B: Número de expedientes médico - administrativos recibidos	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre los expedientes médico - administrativos validados	El beneficiario recopila y requisita la información necesaria conforme a ROP Se cuenta con suficiencia presupuestal para realizar la jornada médica y/o quirúrgica
	4.3 Jornadas médicas y/o quirúrgicas pagadas	Porcentaje de jornadas médicas y/o quirúrgicas pagadas	(A/B) *100	A: Número de jornadas médicas y/o quirúrgica pagadas B: Número de jornadas médicas y/o quirúrgica concluidas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las jornadas médicas y/o quirúrgicas pagadas.	Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para el pago de las jornadas médicas y/o quirúrgica
Componente	5. Atención integral médica y/o quirúrgica otorgada	Porcentaje de servicios subrogados de atención integral médica y/o quirúrgico otorgadas	(A/B) *100	A: Número de servicios subrogados de atención integral médica y/o quirúrgico otorgadas B: Número de servicios subrogados de atención integral médica y/o quirúrgicos solicitadas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones integrales médicas y/o quirúrgicas otorgadas	Se identifican proveedores que cuenten con los bienes y servicios requeridos para brindar una atención integral médica y/o quirúrgica Se cuenta con contrato de servicio médico subrogado con el ISAPEG
Actividades	5.1 Solicitudes de atención integral médica y/o quirúrgica otorgadas	Porcentaje atenciones integrales médicas y/o quirúrgicas autorizadas	(A/B) *100	A: Número de atenciones integrales médicas y/o quirúrgicas autorizadas B: Número de atenciones integrales médicas y/o quirúrgicas solicitadas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones integrales médicas y/o quirúrgicas otorgadas	Existe disponibilidad de proveeduría para las atenciones integrales médicas y/o quirúrgicas
	5.2 Validación de expedientes médico - administrativos	Porcentaje de expedientes médico - administrativos validados	(A/B) *100	A: Número de expedientes médico - administrativos validados B: Número de expedientes médico - administrativos recibidos	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre los expedientes médico - administrativos validados	El beneficiario recopila y requisita la información necesaria conforme a ROP Se cuenta con suficiencia presupuestal para la atención integral médica y/o quirúrgica
	5.3 Atenciones integrales médicas y/o quirúrgicas pagadas	Porcentaje de atenciones integrales médicas y/o quirúrgica pagadas	(A/B) *100	A: Número de atenciones integrales médicas y/o quirúrgica pagadas B: Número de atenciones integrales médicas y/o quirúrgica concluidas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre las atenciones integrales médicas y/o quirúrgica pagadas.	Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para el pago de las atenciones integrales médicas y/o quirúrgica

Componente	6. Arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico realizado	Porcentaje de equipo médico arrendado	(A/B) *100	A: Número de equipo médico y/o quirúrgico solicitados B: Número de equipo médico y/o quirúrgico arrendado	Registros administrativos del proyecto sobre el arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico realizado	Se identifican proveedores que ofertan el equipo médico y/o quirúrgico requerido Se cuenta con contrato de arrendamiento de equipo médico con el ISAPEG
Actividades	6.1 Solicitudes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico autorizadas	Porcentaje solicitudes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico autorizadas	(A/B) *100	A: Número de solicitudes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico autorizadas B: Número de solicitudes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico realizadas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre solicitudes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico autorizadas	Existe disponibilidad de proveedoría para el arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico
	6.2 Validación de expedientes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico	Porcentaje de expedientes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico validados	(A/B) *100	A: Número de expedientes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico validados B: Número de expedientes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico recibidos	Registros administrativos del proyecto sobre los expedientes de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico validado	El beneficiario recopila y requisita la información necesaria conforme a ROP Se cuenta con suficiencia presupuestal para el arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico
	6.3 Arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico pagado	Porcentaje de contratos de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico pagados	(A/B) *100	A: Número de contratos de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico pagados B: Número de contratos de arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico concluidas	Registros administrativos del proyecto y/o programa social sobre el arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico pagado	Las Unidades ejecutoras den cumplimiento a la normatividad presupuestal para el pago del arrendamiento de equipo médico y/o quirúrgico.

¹ Mientras no se cuente con las tablas de mortalidad consensuadas por las entidades federativas se utilizarán las cifras publicadas por el Consejo Nacional de Población.

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social
 Nota 2. 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 o la posible beneficiaria del Programa 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.
 Nota 4. La Unidad Administrativa Responsable del Programa determinará la temporalidad del tratamiento médicos y/o farmacológico de conformidad al seguimiento clínico para la persona beneficiada.
 Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

ANEXO II

**Unidades Ejecutoras del ISAPEG
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022**

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	Bldv. 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 Víctor 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	Bldv. 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 Cristóbal 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 / Colonia Predio las Esperanzas/ C.P. 38477	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	Blvd Juan Alonso de Torres 4725, Col. San José del Potrero, C.P. 37675	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
20	León	Hospital Estatal de Atención al Covid-19	E	20 de Enero, Núm. 927. Col. Obregón. C.P. 37320	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
21	León	Hospital Estatal Móvil Covid-19	E	Puente Milenio, Núm 1001. Col. Predio San Carlos. C.P. 37670	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
22	León	Centro de Atención Integral a la Salud Mental de León	E	Antigua Carretera San Francisco Del Rincón Km. 8. Col. Nes. C.P 37940	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
23	Manuel Doblado	Hospital Comunitario Manuel Doblado	D	Carretera Manuel Doblado-Jalpa Km. 1.5	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
24	Moroleón	Hospital Comunitario Moroleón	D	Blvd. Esteban García Núm. 591, Col. Deportiva. Moroleón, Gto	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
25	Pénjamo	Hospital General Pénjamo	E	Aldama No. 38 C.P. 36900	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
26	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
27	Romita	Hospital Comunitario Romita	D	Calle encino número 63, Colonia Campo Verde, Código Postal 36206, en Romita, Guanajuato	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
28	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
29	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
30	Salvatierra	Hospital General Salvatierra	E	Melchor Ocampo No. 414 Centro C.P. 38900	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
31	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
32	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
33	San Francisco del Rincón	Hospital Comunitario San Francisco del Rincón	D	Blvd. Panam. esq. Blvd. Juan García C.P. 36360	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
34	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
35	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
36	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
37	San Miguel de Allende	Hospital General San Miguel Allende "Felipe G. Dobarganes"	E	Av. 1° De Mayo No: 37 Fracc. Ignacio Ramírez C.P. 37645	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
38	Santa Cruz de Juventino Rosas	Hospital Comunitario Santa Cruz de Juventino Rosas	D	Av. 1° De Mayo No: 37 Fracc. Ignacio Ramírez C.P. 37645	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas

39	Silao	Hospital General Silao	E	San Bernardo #39 Fracc. Brisas de los Ríos	Lunes a viernes de 9:00 a 15.00 horas
40	Tarimoro	Hospital Comunitario Tarimoro	D	Reforma No. 68 Col. Emiliano Zapata C.P. 38700	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes
41	Uriangato	Hospital General Uriangato	E	Leovino Zavala 72 / Independencia / C.P. 38980	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes
42	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
43	Villagrán	Hospital Comunitario Villagrán	D	Prolongación Morelos Ote. 2 esq. Blvd. Luis Donaldo Colosio zona centro C.P. 38260	9:00 a 15.00 Horas de Lunes a viernes
44	Yuriria	Hospital Comunitario Yuriria	D	Bldv. 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.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

ANEXO III*
Solicitud Impulso*
(Carta de apoyo)

Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022

Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA): / /

Folio de la Tarjeta Impulso (opcional):

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): / /

Edad:

Sexo: M () H () Entidad de nacimiento:

CURP:

RFC(opcional):

Estado civil: Unión libre () Casada(o) () Separada(o) () Divorciada(o) () Viuda(o) () Soltera(o) ()

Parentesco con Jefa(e) del hogar: Jefa(e) del hogar () Esposa(o) () Compañera(o) () Hija(o) () Nieta(o) ()
 Nuera o yerno () Madre o padre () Suegra(o) () Otro parentesco () Sin parentesco ()

¿Cuántas hijas e hijos tiene usted? Número de hijas Número de hijos No tengo hijas(os) ()

De acuerdo con su cultura:

¿Usted pertenece a algún pueblo o comunidad indígena?: Si () ¿Cuál? No()

¿Usted habla alguna lengua indígena o dialecto? Si () ¿Cuál? No()

Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿Se considera afro mexicano(a) o afrodescendiente? Si () No()

Por su situación actual, usted se considera: Migrante () Familiar de Migrante () Migrante en retorno () Migrante en tránsito () Ninguna de los anteriores ()

¿Usted está interesada(o) en obtener la Tarjeta Impulso? Si () Ya cuento con Tarjeta () No ()

¿Usted autoriza que un servidor(a) público(a) lo contacte para tramitar la Tarjeta Impulso? Si () No ()

II. DATOS DE CONTACTO

Teléfono celular: - -

Correo electrónico: @

Teléfono fijo (opcional): - -

Teléfono de recados (opcional): - -

III. DATOS DE PADRE, MADRE, TUTOR(A) O PERSONA ACOMPAÑANTE (en caso de aplicar)

Parentesco con la persona solicitante:

Padre() Madre() Tutor(a) legal() Persona acompañante por alguna discapacidad ()

Nombre(s):

Primer apellido:

Segundo Apellido:

Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): / /

Edad:

Sexo: M () H () Entidad de nacimiento:

CURP

Teléfono celular: - -

Correo electrónico: @

IV. DATOS DEL APOYO SOLICITADO

Descripción de la necesidad de la persona solicitante:

Costo estimado para atender la necesidad (opcional):

0 /

ANEXO IV**
Cédula Impulso o Estudio Socioeconómico**
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022

Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA): / /

Folio de la Tarjeta Impulso (opcional):

VI. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre(s):

Primer apellido: **Segundo Apellido:**

Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): / / **Edad:**

Sexo: M () H () **Entidad de nacimiento:**

CURP:

RFC(opcional):

Estado civil: Unión libre () Casada(o) () Separada(o) () Divorciada(o) () Viuda(o) () Soltera(o) ()

Parentesco con Jefa(e) del hogar: Jefa(e) del hogar () Esposa(o) () Compañera(o) () Hija(o) () Nieta(o) ()
 Nuera o yerno () Madre o padre () Suegra(o) () Otro parentesco () Sin parentesco ()

¿Cuántas hijas e hijos tiene usted? Número de hijas Número de hijos No tengo hijas(os) ()

VII. DATOS DE CONTACTO

Teléfono celular: --

Correo electrónico: @

Teléfono fijo (opcional): --

Teléfono de recados (opcional): --

VIII. DATOS DE PADRE, MADRE, TUTOR(A) O PERSONA ACOMPAÑANTE (en caso de aplicar)

Parentesco con la persona solicitante:
 Padre () Madre () Tutor(a) legal () Persona acompañante por alguna discapacidad ()

Nombre(s):

Primer apellido: **Segundo Apellido:**

Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): / / **Edad:**

Sexo: M () H () **Entidad de nacimiento:**

CURP

Teléfono celular: --

Correo electrónico: @

IX. DATOS DE DOMICILIO

Estado: **Municipio:**

Localidad: **Código Postal:**

Colonia:

Calle: **No. Exterior:** **No. Interior:**

Referencias:

X. DATOS DEL HOGAR

1. ¿Cuántos hogares o grupos de personas tienen gastos separados para comer contando el de usted dentro de su vivienda?	<input type="text"/>	
	Total de Hogares	
2. Incluyéndose usted, ¿Cuántas personas forman parte de su hogar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Número de Mujeres	Número de Hombres
3. Incluyéndose usted, ¿Hay personas menores de 18 años que forman parte de su hogar?	Si	1
	No	2
4. Incluyéndose usted, ¿Hay personas de 65 años o más que forman parte de su hogar?	Si	1
	No	2
5. La persona jefa de familia es:	Mujer (<input type="checkbox"/>)	Hombre (<input type="checkbox"/>)

XI. SALUD

6. ¿En qué institución está usted afiliado o inscrito o tiene acceso a atención médica:
(Lea las opciones y cruce las respuestas afirmativas)

Del Seguro Social IMSS?	1	Del INSABI (antes Seguro Popular) ?	6
Del IMSS facultativo para estudiantes?	2	De un seguro privado?	7
Del ISSSTE?	3	En otra institución?	8
Del ISSSTE estatal?	4	No tienen derecho a servicios médicos?	9
PEMEX, Defensa o Marina?	5		

7. ¿A usted o algún integrante de su hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico? (Lea las opciones y cruce las respuestas afirmativas. En caso de que ningún integrante haya sido diagnosticado, marque la opción 16)

Artritis Reumatoide	1	Hipertensión arterial	9
Cáncer	2	Obesidad	10
Cirrosis Hepática	3	Adición de ingestión de sustancias (Drogas)	11
Insuficiencia renal	4	Adicciones de la conducta (Juego, internet)	12
Diabetes Mellitus	5	Depresión	13
Cardiopatías	6	Ansiedad	14
Enfermedad Pulmonar Crónica	7	Trasplante de órganos	15
Deficiencia nutricional (desnutrición)	8	Ninguna	16

8. En su vida diaria, ¿Usted o algún integrante del hogar tiene dificultad al realizar las siguientes actividades:
(Lea las opciones y cruce un código para cada opción)

	CÓDIGO PARA GRADO DE DIFICULTAD			
	No tiene dificultad	Lo hace con poca dificultad	Lo hace con mucha dificultad	No puede hacerlo
Caminar, moverse, subir o bajar?	1	2	3	4
Ver, aun usando lentes?	1	2	3	4
Hablar, comunicarse o conversar?	1	2	3	4
Oír, aun usando aparato auditivo?	1	2	3	4
Vestirse, bañarse o comer?	1	2	3	4
Recordar, poner atención o aprender cosas sencillas?	1	2	3	4
mover o usar brazos o manos?	1	2	3	4
¿Usted o algún integrante del hogar tiene alguna limitación mental?	Si			1
	No			2

XII. EDUCACIÓN

9. Actualmente ¿Usted asiste a la escuela? y ¿cuál es el último NIVEL Y GRADO que aprobó?
(Anote el código que corresponda a cada opción)

Asiste <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/>	Grado <input type="checkbox"/>
Si.....1	Kínder o preescolar.....1 Primaria.....2 Secundaria.....3 Preparatoria o bachillerato.....4 Normal básica.....5	Carrera técnica o comercial con primaria completa.....6 Carrera técnica o comercial con secundaria completa.....7 Carrera técnica o comercial con preparatoria completa.....8 Profesional.....9 Posgrado (maestría o doctorado).....10 Ninguno.....11
No.....2		1 años.....1 2 años.....2 3 años.....3 4 años.....4 5 años.....5 6 años.....6

XIII. INGRESOS

10. Durante la semana pasada ¿usted ... (Lea las opciones y cruce una respuesta)

Trabajó (por lo menos una hora)	1	Es pensionada(o) o jubilada(o)	4
Tenía trabajo, pero no trabajó	2	Es estudiante	5
Buscó trabajo	3	Se dedica a los quehaceres de su hogar	6

11. ¿Alguien en su hogar le dieron las siguientes prestaciones por parte de su trabajo, aunque no las hayan utilizado?
(Lea las opciones y marque la o las prestaciones con las que cuentan)

Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad	1	SAR o AFORE	5
Aguinaldo	2	Seguro de vida	6
Crédito de vivienda	3	No tienen prestaciones provenientes de su trabajo	7
Guarderías y estancias infantiles	4		

12. Durante el mes pasado, ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar?

Anote la cantidad en pesos

13. ¿Cuál es la cantidad total mensual que recibe su hogar por pensión, jubilación o programas gubernamentales?	[][][][][][] Anote la cantidad en pesos
14. ¿En su hogar cuánto dinero proveniente de otros países recibe mensualmente?	[][][][][][] Anote la cantidad en dólares

XIV. GASTO

15. Regularmente ¿cuánto gastan y cada cuanto en su hogar en... Cada semana.....1 Cada mes.....2 Cada dos meses...3 Cada tres meses...4 Cada seis meses...5 Cada año.....6	Anote la cantidad en pesos	Anote código de periodicidad
La compra de alimentos y bebidas (cereales, carnes, pescados y mariscos, leche, huevo, aceite, verduras, legumbres, frutas, azúcar, chocolate)?	[][][][][][]	[][]
La compra o reparación de vestido o calzado?	[][][][][][]	[][]
La compra de artículos y servicios de educación (inscripción, colegiatura, útiles escolares, etc.)?	[][][][][][]	[][]
La compra de medicinas?	[][][][][][]	[][]
Consultas médicas?	[][][][][][]	[][]
Combustibles (gas, petróleo, gasolina, carbón, leña) ?	[][][][][][]	[][]
Servicios básicos (Luz eléctrica y agua)	[][][][][][]	[][]
Servicios de recreación (Cines, Teatros, Espectáculos, Museos, Ferias, Juegos Mecánicos, etc)	[][][][][][]	[][]

XV. ALIMENTACIÓN

16. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿Alguna vez usted o algún integrante de su hogar... (Lea las opciones y cruce un código para cada opción)	Si	No
Tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?	1	0
Comió menos de lo que debía?	1	0
Tuvieron que disminuirle la cantidad servida en las comidas?	1	0
Sintió hambre pero no comió?	1	0
Se acostó con hambre?	1	0
Sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?	1	0

XVI. VIVIENDA

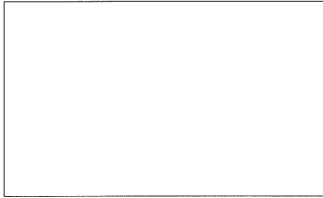
17. Incluyéndose usted ¿Cuántas personas viven normalmente en su vivienda, contando a las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad?	[][] Número de personas
18. ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda, contando la cocina? (No cuente ni pasillos ni baños)	[][] Número de cuartos
19. ¿La vivienda que habita es... (Lea las opciones y cruce un código)	
Propia y totalmente pagada con escrituras	1 Rentada o alquilada 5
Propia y totalmente pagada sin escrituras	2 Prestada o la está cuidando 6
Propia y la está pagando	3 Intestada o está en litigio 7
Propia y está hipotecada	4 8
20. ¿De qué material es la mayor parte del piso de su vivienda? (Lea las opciones y cruce un código)	Cemento o firme 1 Madera, mosaico u otro recubrimiento 2 Tierra 3
21. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su vivienda? (Lea las opciones y cruce un código)	
Tabique, ladrillo, cantera, cemento, concreto, block o piedra	1 Embarro o bajareque 5
Adobe	2 Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc) 6
Lámina de asbesto o metálica	3 Madera 7
Lámina de cartón	4 Carrizo, bambú o palma 8
22. ¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda? (Lea las opciones y cruce un código)	
Losa de concreto o vigueta con bovedilla	1 Terrado con viguera 6
Lámina de asbesto	2 Madera o tejamanil 7
Lámina metálica	3 Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc) 8
Teja	4 Palma o paja 9
Lámina de cartón	5 Lámina de fibrocemento 10

23. ¿En su vivienda tienen... (Lea las opciones y cruce un código)			
Agua entubada dentro de la vivienda?	1	Agua de pipa?	5
Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?	2	Agua de un pozo, río, lago, arroyo u otra?	6
Agua entubada de llave pública (o hidrante)?	3	Agua captada de lluvia u otro medio?	7
Agua entubada que acarrear de otra vivienda?	4	de otro lugar?	8
24. ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a... (Lea las opciones y cruce un código)			
La red pública?	1	Una tubería que va a dar a una barranca o grieta?	4
Una fosa séptica?	2	Una tubería que va a dar a un río, lago o mar?	5
No tiene drenaje ni desagüe?	3	Biodigestor?	6
25. En su vivienda ¿La luz eléctrica la obtienen... (Lea las opciones y cruce un código)			
Del servicio público?	1	De una planta particular?	4
No tienen luz eléctrica?	2	De panel solar?	5
De otra fuente?	3		
26. ¿El combustible que más usan para cocinar es... (Lea las opciones y cruce un código)			
Gas de cilindro o tanque (estacionario)?	1	Gas natural o de tubería?	4
Leña o carbón con chimenea?	2	Electricidad?	5
Leña o carbón sin chimenea?	3	Otro combustible?	6
27. ¿En esta vivienda tienen y funciona... (Lea las opciones y cruce un código para cada opción)			
		Si	No
Refrigerador		1	0
Lavadora		1	0
Computadora, laptop o tablet		1	0
Estufa / parrilla de gas		1	0
Calentador de agua o boiler (Gas, eléctrico o leña)		1	0
Calentador de agua/ solar		1	0
Televisión digital		1	0
Internet		1	0
Teléfono móvil o celular		1	0
Tinaco		1	0
XVII. PERCEPCIÓN			
28. ¿En términos de delincuencia, considera que vivir en su colonia o localidad es... (Lea las opciones y cruce un código)			
Seguro?	1	Inseguro?	2

ATENTAMENTE

Nombre y firma del solicitante

En caso de aplicar, recabar firma de la madre, padre o tutor(a) legal.



Conforme a lo establecido en el artículo 1351 del Código Civil para el Estado de Guanajuato vigente, en caso de personas que no puedan o no sepan firmar, se estampa la huella dactilar a ruego.

"La persona solicitante manifiesta que conoce los Avisos de Privacidad de Datos Personales que se encuentran publicados en los sitios web (<http://guanajuato.gob.mx> y <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>), por lo que con fundamento en el artículo 3 fracción VI de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato, el titular consiente expresamente el tratamiento de sus datos, y/o imágenes para productos impresos y electrónicos de difusión por parte de Gobierno del Estado de Guanajuato, mientras no manifieste su oposición." Nota 1. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

V. DATOS DE DOMICILIO		
Estado:	Municipio:	
Localidad:	Código Postal:	
Colonia:		
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:
Referencias:		

*Marcar con "X" los documentos que fueron entregados por el posible solicitante y la Unidad Ejecutora

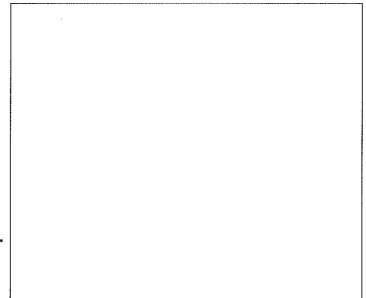
En caso de ser aprobada la presente solicitud, manifiesto cumplir con lo establecido en las Reglas de Operación del Programa, y demás normativa aplicable.

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que la documentación anexa, así como la información proporcionada son fidedignas y comprobables.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del solicitante

En caso de aplicar, recabar firma de la madre, padre o tutor(a) legal.



Conforme a lo establecido en el artículo 1351 del Código Civil para el Estado de Guanajuato vigente, en caso de personas que no puedan o no sepan firmar, se estampa la huella dactilar a ruego.

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 menor de edad se deberá poner el nombre del mismo y será obligatorio el responsable de la Persona a beneficiar

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.

"La persona solicitante manifiesta que conoce los Avisos de Privacidad de Datos Personales que se encuentran publicados en los sitios web (<http://guanajuato.gob.mx> y <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>), por lo que con fundamento en el artículo 3 fracción VI de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato, el titular consiente expresamente el tratamiento de sus datos, y/o imágenes para productos impresos y electrónicos de difusión por parte de Gobierno del Estado de Guanajuato, mientras no manifieste su oposición."

Nota 3. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

ANEXO V*

**Carta de consentimiento de datos personales
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022**

Presente.

Por este conducto otorgo mi consentimiento previo, expreso, libre e informado, para que la Unidad Ejecutora incorpore mis datos personales y datos personales sensibles en un Padrón de Beneficiarios del Programa Mi Hospital Cercano, con motivo de los servicios de salud que se brindan a través de dicho Programa.

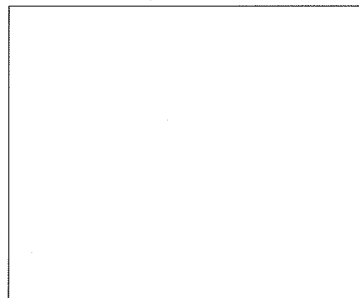
Los datos personales y datos personales sensibles serán los solicitados en el aviso de privacidad integral "Programa Mi Hospital Cercano" y serán sometidos al tratamiento dispuesto en el mismo; y deberán ser protegidos conforme lo establece la Ley de la materia y demás normatividad aplicable.

Manifiesto que he leído y entiendo la finalidad de este documento.

ATENTAMENTE

Nombre y firma de la persona a beneficiar

En caso de aplicar, recabar firma de la madre, padre o tutor(a) legal.



Conforme a lo establecido en el artículo 1351 del Código Civil para el Estado de Guanajuato vigente, en caso de personas que no puedan o no sepan firmar, se estampa la huella dactilar a ruego.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

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 menor de edad se deberá poner el nombre del mismo y será obligatorio el responsable de la Persona a beneficiar

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.

Nota 3. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

ANEXO VI*

**Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022**

Nombre de la persona beneficiaria:

Manifiesto que la Unidad Ejecutora (Nombre del Hospital General – Hospital Comunitario – Hospital Especializado), me informó 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 las personas beneficiarias:

- A ser tratados (as) con dignidad, igualdad y respeto;
- A recibir orientación sobre los procedimientos de acceso a los apoyos o beneficios del Programa;
- A ser informadas sobre el estatus que guardan sus peticiones;
- A que se les notifique por escrito o a través de los medios electrónicos establecidos para la comunicación entre ambas partes, respecto de la resolución definitiva que recaiga a sus solicitudes;
- A recibir oportunamente los apoyos o beneficios del Programa cuando cumplan los requisitos establecidos y resulten seleccionadas de conformidad con los criterios aplicables;
- A designar una persona autorizada que reciba en su representación los apoyos del Programa;
- A ser escuchadas por las autoridades o personas servidoras públicas responsables del Programa cuando así lo soliciten;
- A 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;
- A recibir información sobre los requisitos y procedimientos para acceso al Programa;
- A contar con su expediente clínico;
- A ser tratado con confidencialidad;
- A contar con facilidades para obtener una segunda opinión;
- A recibir atención médica en urgencias;
- A ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida;
- A recibir oportunamente los apoyos o beneficios del Programa cuando cumplan los requisitos establecidos y resulten seleccionadas de conformidad con los criterios aplicables;
- A recibir atención a sus solicitudes, quejas y sugerencias;
- A conocer el aviso de Privacidad del Programa;
- A 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
- Los demás que se desprendan de estas Reglas de Operación y demás disposiciones aplicables.

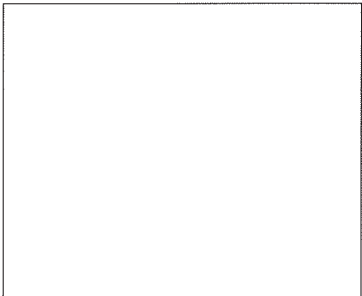
Son Obligaciones de las personas beneficiarias:

- En caso de Urgencia médica y/o quirúrgica deberá cumplir con lo establecido en estas Reglas;
- Abstenerse de proporcionar documentación y/o información verbal falsa;
- Proporcionar en tiempo y forma toda la información y documentación que sea necesaria de conformidad con estas Reglas de Operación;
- Abstenerse de formular pretensiones ilegales, esgrimir hechos contrarios a la verdad o que atenten contra los derechos fundamentales de las personas;
- Tratar con respeto a las personas servidoras públicas que intervienen en el funcionamiento del Programa, así como a otras personas interesadas y beneficiarias;
- Acudir a la cita o citas de forma puntual a las Unidades Ejecutoras que se le indiquen para realizar las valoraciones y/o procedimientos correspondientes;
- Acudir a las áreas que se designen por parte de la Unidad Ejecutora conforme a la normatividad aplicable para otorgar la atención médica y/o quirúrgica correspondiente;
- Apegarse a los tratamientos médicos, farmacológicos, complementarios, integrales y/o quirúrgicos establecidos por su médico tratante.
- Evitar hacer uso irresponsable del tratamiento médicos, farmacológicos, complementarios, integrales y/o quirúrgicos otorgado a la persona beneficiada
- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades;



- Informarse sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica;
- Otorgar su consentimiento informado sobre el 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;
- 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;
- Permitir la toma de evidencia fotográfica de la atención médica y/o quirúrgica de la persona (s) beneficiada (s), misma que la Unidad Ejecutora remitirá al correo mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx;
- Contestar la encuesta de satisfacción del Programa. Misma que llenará la persona beneficiada o el responsable de la persona a beneficiar Anexo XII y que la Unidad Ejecutora remitirá al correo mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx;
- Llenar la cédula de evaluación social cuando se lo indique la Unidad Administrativa Responsable del Programa. Anexo XIII y que la Unidad Ejecutora remitirá al correo mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx; y
- Las demás que se desprendan de estas reglas de operación y demás normatividad aplicable.

ATENTAMENTE



Nombre y firma de la persona a beneficiar

En caso de aplicar, recabar firma de la madre, padre o tutor(a) legal.

Conforme a lo establecido en el artículo 1351 del Código Civil para el Estado de Guanajuato vigente, en caso de personas que no puedan o no sepan firmar, se estampa la huella dactilar a ruego.

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 menor de edad se deberá poner el nombre del mismo y será obligatorio el responsable de la Persona a beneficiar
 Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.
 El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>
 Nota 3. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

ANEXO VII*
Carta de consentimiento informado administrativo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022

Lugar de la Unidad Ejecutora, Gto., a -- de ----- de 2022.

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.

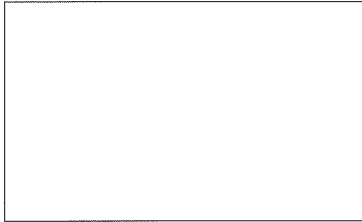
- Emitir la respuesta de autorización en un plazo no mayor 60 días hábiles, una vez recibido el expediente médico-administrativo completo al correo electrónico mihospitalcercano@guanajuato.gob.mx.

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 por lo cual el Director y/o Administrador deberá ponerse en contacto con la Unidad Responsable del Programa para la presentación del caso.

ATENTAMENTE



Nombre y firma de la persona a beneficiar

En caso de aplicar, recabar firma de la madre, padre o tutor(a) legal.

Conforme a lo establecido en el artículo 1351 del Código Civil para el Estado de Guanajuato vigente, en caso de personas que no puedan o no sepan firmar, se estampa la huella dactilar a ruego.

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 menor de edad se deberá poner el nombre del mismo y será obligatorio el responsable de la Persona a beneficiar
 Nota 3. En la atención farmacológica y atención integral médica y/o quirúrgica se revisará el tiempo de tratamiento establecido por el médico tratante y la Unidad Responsable determinará el número de solicitud por periodicidad en relación a la suficiencia presupuestal.
 Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.
 El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>
 Nota 4. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

✓

ANEXO VIII*

**Archivo de Excel para conformar padrón de personas beneficiadas
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022**

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 número 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

** Campo Obligatorio para la partida 2540. En la partida 2530 No Aplica y partida 3390 se hará la presentación del cronograma susceptible de servicio a contratar.

Nota 1: El archivo en Excel deberá ser enviado al correo electrónico mihospitalcercano@guajuato.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 realizará los reportes correspondientes a la Secretaría de Transparencia y Rendición de Cuentas y a la Secretaría de Desarrollo Social y Humano.

No omito mencionar que la información proporcionada es de carácter confidencial y se envía para a la atención, única y exclusivamente del responsable a quién va dirigido, por lo que se compromete a garantizar su confidencialidad y solamente deberá utilizar los datos personales para los fines que fueron transferidos atendiendo a lo convenido en el aviso de privacidad correspondiente. La copia, revisión, uso, revelación y/o distribución de dicha información, sin autorización por escrito del titular de los datos personales, es responsabilidad del receptor, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 fracción II, 3 fracción XXXIII, 19 fracción II, 96, 97 fracciones II y II, 98 fracción I y 99 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; así como la demás normativa aplicable.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

Nota 4. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

ANEXO IX*
Lista de cotejo para la Integración del expediente médico-administrativo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022

Nombre de la persona beneficiaria:

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

DOCUMENTO	ESTATUS DE LA INFORMACIÓN		
	Si Cumple	No Cumple	No Aplica
CURP de la persona a beneficiar (copia simple) *			
INE de la persona a beneficiar (copia simple);			
Comprobante de domicilio, o en su caso, documento oficial expedido por la autoridad municipal del lugar de residencia (copia simple) **;			
Identificación oficial del responsable de la persona a beneficiar INE y/o CURP (copia simple) ** (Obligatoria en el caso de menores de edad y/o discapacidad) *			
Solicitud Impulso [Carta de apoyo] (original)*. Anexo III			
Cédula impulso (original)** Anexo IV			
Carta de consentimiento de datos personales (original)* Anexo V			
Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada (original)* Anexo VI			
Resumen clínico firmado por médico tratante, especificando diagnóstico y tratamiento (copia simple)*;			
Hoja de referencia en caso de que aplique para la atención médica y/o quirúrgica (copia simple)**;			
Carta de consentimiento informado administrativo (original)* Anexo VII			
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.			
Archivo de Excel para conformar el padrón de personas beneficiadas (original)* Anexo VIII			
Lista de cotejo para la integración del expediente médico-administrativo (original)* Anexo IX			
Documento para la gestión (original)* Anexo X			

*Obligatorio **Opcional.

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.

Nota 3. Los documentos que conforman el expediente médico-administrativo deberán ser resguardados por la Unidad Ejecutora en el área que ellos determinen para su pronta ubicación. Así estas Unidades determinaran el número de copias y/o originales para los trámites que deben realizar para la comprobación del recurso.

Nota 4. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

Nota 5. La Unidad Administrativa Responsable del Programa determinara si uno de los requisitos obligatorios puede pasar a ser opcional garantizando la prestación de los servicios de salud y la protección a la misma.

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.

No omito mencionar que la información proporcionada es de carácter confidencial y se envía para a la atención, única y exclusivamente del responsable a quién va dirigido, por lo que se compromete a garantizar su confidencialidad y solamente deberá utilizar los datos personales para los fines que fueron transferidos atendiendo a lo convenido en el aviso de privacidad correspondiente. La copia, revisión, uso, revelación y/o distribución de dicha información, sin autorización por escrito del titular de los datos personales, es responsabilidad del receptor, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 fracción II, 3 fracción XXXIII, 19 fracción II, 96, 97 fracciones II y III, 98 fracción I y 99 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; así como la demás normativa aplicable. Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato. El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

Valida	Elabora
Nombre y firma de la persona titular de la Unidad Ejecutora	Nombre y firma de la persona administradora de la Unidad Ejecutora

Anexo X*

Documento para la gestión
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022Nombre 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:
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 de la persona titular
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.

Nota 3: Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

No omito mencionar que la información proporcionada es de carácter confidencial y se envía para a la atención, única y exclusivamente del responsable a quién va dirigido, por lo que se compromete a garantizar su confidencialidad y solamente deberá utilizar los datos personales para los fines que fueron transferidos atendiendo a lo convenido en el aviso de privacidad correspondiente. La copia, revisión, uso, revelación y/o distribución de dicha información, sin autorización por escrito del titular de los datos personales, es responsabilidad del receptor, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 fracción II, 3 fracción XXXIII, 19 fracción II, 96, 97 fracciones II y II, 98 fracción I y 99 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; así como la demás normativa aplicable.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

ANEXO XI*

Documento de Autorización del expediente médico-administrativo
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022

Folio: CGSP/DGSS-XXXX/2022
Guanajuato, Gto. a ___ de ____ del 2022

Nombre de la persona titular
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 de 2022.

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.

No omito mencionar que la información proporcionada es de carácter confidencial y se envía para a la atención, única y exclusivamente del responsable a quién va dirigido, por lo que se compromete a garantizar su confidencialidad y solamente deberá utilizar los datos personales para los fines que fueron transferidos atendiendo a lo convenido en el aviso de privacidad correspondiente. La copia, revisión, uso, revelación y/o distribución de dicha información, sin autorización por escrito del titular de los datos personales, es responsabilidad del receptor, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 fracción II, 3 fracción XXXIII, 19 fracción II, 96, 97 fracciones II y II, 98 fracción I y 99 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; así como la demás normativa aplicable.

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 de 2022**

Nombre de la persona beneficiaria:

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

DOCUMENTO	ESTATUS DE LA INFORMACIÓN		
	Si Cumple	No Cumple	No Aplica
CURP de la persona a beneficiar (copia simple) *			
INE de la persona a beneficiar (copia simple);			
Comprobante de domicilio, o en su caso, documento oficial expedido por la autoridad municipal del lugar de residencia (copia simple) **;			
Identificación oficial del responsable de la persona a beneficiar INE y/o CURP (copia simple) ** (Obligatoria en el caso de menores de edad) y/o discapacidad) *			
Solicitud Impulso [Carta de apoyo] (original)*. Anexo III			
Cédula impulso (original)** Anexo IV			
Carta de consentimiento de datos personales (original)* Anexo V			
Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada (original)* Anexo VI			
Resumen clínico firmado por médico tratante, especificando diagnóstico y tratamiento (copia simple)*;			
Hoja de referencia en caso de que aplique para la atención médica y/o quirúrgica (copia simple)**;			
Carta de consentimiento informado administrativo (original)* Anexo VII			
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.			
Archivo de Excel para conformar el padrón de personas beneficiadas (original)* Anexo VIII			
Lista de cotejo para la integración del expediente médico-administrativo (original)* Anexo IX			
Documento para la gestión (original)* Anexo X			

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

*Requisitos Opcionales y **Requisitos Obligatorios

Nota 1. La Unidad Administrativa del Programa podrá decir si uno de los requisitos Obligatorios puede excluirse, si este no afecta con la atención médica y/o quirúrgica del beneficiario.

Nota 2. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado.

Nota 3. La Unidad Administrativa Responsable del Programa determinara si uno de los requisitos obligatorios puede pasar a ser opcional garantizando la prestación de los servicios de salud y la protección a la misma.

No omito mencionar que la información proporcionada es de carácter confidencial y se envía para a la atención, única y exclusivamente del responsable a quien va dirigido, por lo que se compromete a garantizar su confidencialidad y solamente deberá utilizar los datos personales para los fines que fueron transferidos atendiendo a lo convenido en el aviso de privacidad correspondiente. La copia, revisión, uso, revelación y/o distribución de dicha información, sin autorización por escrito del titular de los datos personales, es responsabilidad del receptor, de conformidad con lo establecido en los artículos 2 fracción II, 3 fracción XXXIII, 19 fracción II, 96, 97 fracciones II y II, 98 fracción I y 99 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; así como la demás normativa aplicable.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

21

ANEXO XII*
Encuesta de satisfacción
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022**

Fecha de elaboración: _____

El Programa Mi Hospital Cercano tiene como objetivo la amortización del gasto de bolsillo (evitar un desembolso de su economía) en la atención médica, quirúrgica y/o complementación diagnóstico - terapéutica para resolver o minimizar el daño de su o sus padecimientos.

1. Nombre de la persona beneficiada:

Evaluación a la Unidad Ejecutora (Lugar en donde realizo la gestión de apoyo), selecciones la opción según corresponda:

2. El Responsable del Programa de la Unidad Ejecutora se identificó con Usted (dijo su nombre)

Si No

3. El Responsable del Programa de la Unidad Ejecutora le indico cual es Anexo VI Carta de derechos y obligaciones de la persona beneficiada

Si No

4. El Responsable del Programa de la Unidad Ejecutora le indico cuales eran todos los requisitos para acceder el apoyo del Programa.

Si No

5. Se le informo la fecha en que se le brindaría la atención médica y/o quirúrgica a favor del Programa.

Si No

6. Se le informo a donde puede acudir o presentar alguna queja

Si No

7. 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 1 3 4 5 6 7 8 9 10

8. ¿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

9. ¿Qué sugiere para mejorar el trámite?

Nota 1. Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.
Nota 2. Una vez aprobadas las Reglas de Operación ya sea la Unidad Ejecutora o la Unidad Responsable del Programa colocara los logotipos institucionales dando cumplimiento a las disposiciones normativas que emita la Coordinación de Comunicación Social de Gobierno del Estado. Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23, 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.
El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

ANEXO XIII***

Cédula de Evaluación Social - Anverso
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022



CÉDULA DE EVALUACIÓN SOCIAL

Recuerde que al llenar esta cédula realiza Contraloría Social, pues a través de su opinión podremos conocer si los apoyos o servicios que recibe del programa han sido entregados con la calidad, cantidad, tiempo y respeto que usted merece.

Fecha: ____/____/____ Comité: _____

No. de folio: _____

Responsable del llenado: beneficiaria o beneficiario, integrantes del comité de Contraloría Social o personas interesadas

INSTRUCCIONES

Por favor responda a cada pregunta marcando con una "X" la opción que considere correcta o escriba su respuesta en los espacios destinados para ello. La información que nos proporcione será tratada de manera responsable y de acuerdo con lo que establece la Ley para la Protección de Datos Personales para el Estado y Municipios de Guanajuato.

I. INFORMACIÓN GENERAL

- 1. Nombre completo: _____ 2. Género Mujer Hombre
- 3. Edad: _____ 4. Municipio: _____
- 5. Comunidad o localidad: _____ 6. Colonia: _____
- 7. Calle: _____ 8. Número: _____
- 9. Teléfono: _____ 10. Correo electrónico: _____
- 11. Nombre del programa social en el que participa: _____
- 12. ¿Cuál es el apoyo o servicio que recibe? _____
- 13. ¿Cuál es la dependencia responsable del programa? _____

II. EVALUACIÓN AL PROGRAMA

- 14. ¿Cómo se enteró del programa? Delegado Familiar o vecino Personal estatal Cartel Presidencia municipal
 Otro Menciona: _____
- 15. ¿Conoce el objetivo o propósito del programa? 😊 Si 😞 No 😐 No sé
- 16. ¿Conoce sus derechos y obligaciones como beneficiaria o beneficiario del programa?
- 17. ¿Conoce las características de los beneficios o apoyos que otorga el programa?
- 18. ¿Conoce los requisitos para ser beneficiaria o beneficiario?
- 19. ¿Tuvo que pagar indebidamente para recibir su apoyo?
- 20. ¿Los responsables del programa la/lo atendieron de forma amable y respetuosa?
- 21. ¿Se le informó la fecha o fechas de entrega del apoyo?
- 22. ¿El apoyo fue entregado de acuerdo a la fecha programada?
- 23. ¿El apoyo que recibió tiene las características que señala el programa?
- 24. ¿Sabe dónde puede presentar una queja o una denuncia para reportar irregularidades en el programa?
- 25. ¿El apoyo que recibe ha generado que este en una mejor situación?
- 26. ¿Qué sugerencias haría para mejorar el programa social estatal? _____
- 27. ¿Considera que el programa ha funcionado correctamente?
- 28. Si su respuesta fue que no, ¿cuál fue la irregularidad que detectó? _____

CONSERVE ESTE TALÓN, EL CUAL LE SERVIRÁ COMO COMPROBANTE DE HABER PARTICIPADO EN LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA SOCIAL ESTATAL, ASÍ COMO PARA DARLE SEGUIMIENTO ANTE LAS AUTORIDADES, SI PRESENTÓ ALGUN REPORTE CIUDADANO.

Si tiene alguna duda acuda con el responsable del programa social estatal o si lo desea podrá hacerlo a la Dirección General de Contraloría y Evaluación Social, ubicada en Sóstenes Rocha 33, tercer piso, Zona Centro, Guanajuato, Gto., C.P. 36000; al teléfono (473) 1023700, extensiones 8514, 8518, 8519 y 8520; o al correo electrónico: contraloriasocial@guanajuato.gob.mx

¡GRACIAS POR PARTICIPAR EN LA MEJORA DE LOS PROGRAMAS SOCIALES ESTATALES!

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: <https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php>

ANEXO XIII

Cédula de Evaluación Social - Reverso
Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022

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? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ 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.

8x

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

No. de folio:

La cédula se aplicará en las diversas modalidades dependiendo de acciones de prevención, promoción y/o control de las Pandemias, Epidemias o Contingencias que se presenten en el Estado.

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 3 fracciones I, VI, VII y VIII; 23; 24; 26; 27; 34; 40 y 42 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: https://salud.guanajuato.gob.mx/Aviso-de-Privacidad.php