



PERIÓDICO OFICIAL

DEL GOBIERNO CONSTITUCIONAL DEL ESTADO DE MICHOACÁN DE OCAMPO

Fundado en 1867

Las leyes y demás disposiciones son de observancia obligatoria por el solo hecho de publicarse en este periódico. Registrado como artículo de 2a. clase el 28 de noviembre de 1921.

Directora: Lic. Jocelyne Sheccid Galinzoga Elvira

Juan José de Lejarza # 49, Col. Centro, C.P. 58000

DÉCIMA TERCERA SECCIÓN

Tels. y Fax: 3-12-32-28, 3-17-06-84

TOMO CLXXXII

Morelia, Mich., Miércoles 29 de Marzo de 2023

NÚM. 60

CONTENIDO

PODEREJECUTIVO DEL ESTADO

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR Y SUS REGLAS DE OPERACIÓN

ALFREDO RAMÍREZ BEDOLLA, Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, en ejercicio de las facultades que al Ejecutivo a mi cargo le confieren los artículos 47, 60 fracción XXIII, 62, 65 y 66 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; 3, 5 y 9 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo; 3º, 5º, 7º, 20 y 26 de la Ley de Planeación del Estado de Michoacán de Ocampo; y 4º fracciones II y VI, 50 y 51 de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán; y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su artículo 1º párrafo tercero que: «Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad».

Que la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, establece en su artículo 130, que es atribución del Ejecutivo del Estado, establecer los mecanismos y adoptar las medidas necesarias para planear y garantizar el desarrollo integral del Estado, requiriendo para ello la implementación de mecanismos de participación ciudadana que permitan a la sociedad desarrollar actividades comunes a favor de los grupos históricamente vulnerados.

Que el Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán 2021-2027, establece en el Eje 2 Bienestar como objetivo general: «garantizar el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, con énfasis en la reducción de brechas de desigualdad y condiciones de vulnerabilidad y discriminación en poblaciones y territorios, que integre todas las visiones orientadas al bienestar del pueblo michoacano», como objetivo 2.1. Garantizar el acceso a los derechos sociales a grupos históricamente vulnerados para reducir las brechas de desigualdad sociales y territoriales, en su estrategia 2.1.1. Brindar atención prioritaria a los grupos históricamente vulnerados, estableciendo las líneas de acción siguientes:

2.1.1.1. Promover el goce de los derechos plenos de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes,

Responsable de la Publicación
Secretaría de Gobierno

DIRECTORIO

Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo
Mtro. Alfredo Ramírez Bedolla

Secretario de Gobierno
Lic. Carlos Torres Piña

Directora del Periódico Oficial
Lic. Jocelyne Sheccid Galinzoga Elvira

Aparece ordinariamente de lunes a viernes.

Tiraje: 40 ejemplares

Esta sección consta de 28 páginas

Precio por ejemplar:

\$ 33.00 del día

\$ 43.00 atrasado

Para consulta en Internet:

www.periodicooficial.michoacan.gob.mx

www.congresomich.gob.mx

Correo electrónico

periodicooficial@michoacan.gob.mx

indígenas, afrodescendientes, migrantes, personas con discapacidad, personas adultas mayores, sin distinción de su orientación sexual, identidad y expresión de género.

2.1.1.2. Promover la coordinación interinstitucional con los diferentes órdenes de gobierno para impulsar la afiliación a programas de protección social y bienestar para niñas, niños, jóvenes, mujeres, personas adultas mayores, personas con discapacidad, migrantes, pueblos y comunidades indígenas y afrodescendientes.

2.1.1.3. Armonizar el marco normativo vigente en materia de bienestar.

2.1.1.5. Fomentar el bienestar integral de las familias que tienen algún niño, niña y/o adolescente con padecimiento oncológico.

2.1.1.6. Promover la constitución y operación de instituciones de asistencia privada para brindar atención a los sectores vulnerados.

Asimismo establece en su estrategia 2.1.2. Garantizar el Desarrollo Integral de Niñas, Niños y Adolescentes, y como línea de acción 2.1.2.2. Fortalecer la protección integral a niñas, niños y adolescentes; objetivo 2.4. Promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud, con calidad, calidez, humanismo, empatía, pertinencia cultural, trato no discriminatorio y con perspectiva de género, y en su estrategia 2.4.5. Asistencia social y coordinación con enfoque incluyente, de respeto y vigilancia de derechos, estableciendo como línea de acción 2.4.5.2. Fortalecer acciones de asistencia social y coordinación interinstitucional con enfoque incluyente, de respeto, vigilancia, y restitución de los derechos a la población en estado de vulnerabilidad.

Que de acuerdo con cifras otorgadas por la Secretaría de Salud, actualmente existen en el Estado de Michoacán diferentes tipos de enfermedades oncológicas que afectan a un alto porcentaje de la población infantil, predominantemente entre los tres y siete años de edad, ocasionando un gasto extremadamente alto, tanto en términos económicos como emocionales en las familias, debido a los recursos económicos destinados para gastos de traslado, hospedaje, alimentación así como el tiempo dedicado al cuidado de las y los menores.

Que esta situación debilita drásticamente su ingreso y en algunos casos la posibilidad de adquirirlo, esto último provocado, en la mayoría de los casos por la pérdida o falta de oportunidades de empleo que sean acordes a los tiempos y el nivel de gasto que un tratamiento adecuado requiere, propiciando a la vez, procesos de desintegración familiar y en algunos casos pérdida del patrimonio de las familias que se encuentran a cargo de estos y estas menores. Que de acuerdo con información del INEGI, para el año 2020 en el Estado de Michoacán de Ocampo, después de las enfermedades del corazón y diabetes mellitus, los tumores malignos fueron la tercera causa de muerte en mujeres y la segunda causa de muerte en mujeres de 25 a 44 años. Dentro de los diferentes tipos de cáncer que se padecen, el de mama y cervicouterino son los de mayor incidencia.

Que según datos que arroja la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), para el primer trimestre del 2021, el 44.9 por

ciento de la población ocupada de mujeres percibía un salario mínimo o menos, mientras que, en el caso de los hombres, el porcentaje es del 26.1 por ciento.

Que de acuerdo con la estadística publicada por el Sistema de Indicadores de Género del Instituto Nacional de Mujeres, en 2019 la tasa de mortalidad por cáncer de mama era de 19.6 defunciones y la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino era de 10.4 defunciones, ambas por cada 100 mil mujeres mayores de veinticinco años, por lo que, partiendo de esa información, se estima que en Michoacán anualmente se producen aproximadamente 500 defunciones causadas por estos dos padecimientos de mujeres mayores de edad.

Que estudios de investigación científica realizados en Estados Unidos de América por el National Cancer Institute, demuestran que el riesgo de una mujer de presentar cáncer de mama está asociado con factores que pueden permitir que el tejido de seno esté expuesto a altas concentraciones de hormonas por periodos largos de tiempo, tales como no haber tenido hijos nunca, por lo que en razón de lo anterior se debe considerar a estas mujeres en el programa, en virtud de su especial vulnerabilidad.

Que ser mujer y padecer cáncer representa un desgaste económico mayor al pertenecer a un grupo poblacional que históricamente ha sido vulnerado en el ámbito laboral, y económico y que dicha situación se agrava al ser mujer cabeza de familia, por los gastos de: alimentación, vivienda, vestimenta y educativos de los menores, así como los gastos generados por su tratamiento y atención médica.

Que lo anterior, evidencia la situación económica crítica a la que se enfrentan las mujeres siendo que, por su condición médica, muchas veces se ven imposibilitadas para realizar jornadas de trabajo o generar ingresos económicos fijos, lo cual puede producir pérdida del patrimonio y desintegración familiar.

Que como antecedente, con fecha 11 de abril de 2022, se publicó en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, el Acuerdo que establece el Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y sus Reglas de Operación, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras de las niñas y niños que por su condición de salud tienen la necesidad de acudir al área de oncología pediátrica, el cual fue reformado con fecha 2 de febrero de 2023 para incluir a mujeres que padecen cáncer de mama o cervicouterino, que sean cuidadoras de menores de edad.

Que en ese mismo sentido, se busca ampliar la cobertura de los apoyos económicos a las mujeres que padezcan cáncer de mama o cervicouterino que no sean madres o cuidadoras de menores de edad y que se atiendan en alguna de las unidades médicas del IMSS-Bienestar y del ISSSTE del Estado de Michoacán, ello para acercarse más a la universalidad en el acceso a la salud.

Que el Ejecutivo del Estado implementa una estrategia integral para mejorar la calidad de vida de las familias cuidadoras de pacientes de oncología pediátrica, que por lo general dedican su tiempo a los cuidados de dicho familiar, y de aquellas mujeres de entre 18 y 64 años con algún padecimiento oncológico de mama

o cervicouterino invasor, mediante el otorgamiento de apoyos económicos, atendidos en los hospitales Infantil «Eva Sámano de López Mateos», Regional de Morelia ISSSTE y General Regional Número 1 del IMSS en Charo para el caso de los menores; y para el caso de mujeres con padecimientos oncológicos de mama y cervicouterino que sean atendidas en el Centro Estatal de Atención Oncológica del Sector Salud del Estado, las unidades médicas del IMSS-Bienestar 01 Charo y 04 de Zamora y las unidades médicas del ISSSTE del Estado de Michoacán. Así como para las mujeres y aquellas familias michoacanas que residan en el Estado y decidan atenderse en hospitales públicos de otros Estados.

Que el artículo 48 en su fracción IX, de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán, establece que los programas de desarrollo social deben atender el desarrollo integral de la población michoacana, a través de programas que consideren, entre otras, la prioridad enfocada a la protección económica y social de las personas durante las enfermedades.

Que por lo anterior y conforme a lo dispuesto en el artículo 34 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, le corresponde a la Secretaría del Bienestar conducir, vigilar, normar y coordinar políticas y programas generales para el desarrollo social, con la participación ciudadana, que coadyuven al mejoramiento de las condiciones de vida de la población en estado de vulnerabilidad.

Por lo antes expuesto, tengo a bien expedir el siguiente Acuerdo que establece el:

**PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER
Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O
CERVICOUTERINO INVASOR Y
SUS REGLAS DE OPERACIÓN**

**TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES**

**CAPÍTULO I
DEL OBJETO Y DEFINICIONES**

Artículo 1°. El presente Programa tiene por objeto mejorar la calidad de vida de las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras de las niñas y niños que por su condición de salud tienen la necesidad de acudir al área de oncología pediátrica y que dedican la mayor parte de su tiempo a los cuidados de dicho menor; asimismo a mujeres de entre 18 y 64 años 11 meses de edad, con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, que por su condición de salud tienen la necesidad de recibir tratamiento oncológico en algún hospital público o en alguna de las Instancias de Salud en el Estado, a fin de cumplir con uno de los principales objetivos del Gobierno del Estado, que es procurar el bienestar de los sectores vulnerados.

Artículo 2°. La Secretaría del Bienestar instrumentará lo necesario para el debido cumplimiento del Programa, asimismo la Secretaría de Finanzas y Administración preverá presupuestalmente lo necesario, de conformidad con lo señalado en el Decreto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Michoacán de

Ocampo, para el ejercicio fiscal correspondiente.

Artículo 3°. La legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia, institucionalidad, transversalidad, gobernanza, transparencia, rendición de cuentas, sustentabilidad e igualdad sustantiva, serán los principios rectores en la aplicación del Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y de Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor y sus Reglas de Operación.

Artículo 4°. Para efectos y aplicación del presente Programa, se entenderá por:

- I. **Apoyo:** A la entrega de recursos económicos realizada mediante transferencia bancaria, cheque o el medio que la Secretaría determine, de manera mensual a la persona beneficiaria;
- II. **Cáncer:** Al «*Conjunto de enfermedades que se pueden originar casi en cualquier órgano o tejido del cuerpo, cuando las células anormales crecen de forma descontrolada e invaden partes adyacentes del cuerpo*» - OMS;
- III. **CEAO:** Al Centro Estatal de Atención Oncológica de la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán de Ocampo;
- IV. **Contraloría social:** Al conjunto de acciones de control, vigilancia y evaluación que realizan las personas, ya sea de manera organizada o independiente, bajo un esquema de derechos y compromisos ciudadanos con el propósito de contribuir a que la gestión gubernamental se realice en términos de transparencia, eficacia y honradez;
- V. **Cuestionario Socio-Económico:** Al instrumento de recolección de información en el que se captan los datos sobre las condiciones socioeconómicas y demográficas del hogar y sus integrantes, para la identificación de la persona interesada en ser beneficiaria;
- VI. **CURP:** A la Clave Única de Registro de Población;
- VII. **Familias Cuidadoras:** A la persona o personas que atienden las necesidades físicas y emocionales de una persona enferma, por lo general un familiar cercano o alguien que le es significativo;
- VIII. **Departamentos:** Al Departamento de Atención a Grupos Vulnerados y al Departamento de Seguimiento y Verificación de la Secretaría del Bienestar;
- IX. **Discriminación:** Al fenómeno social que vulnera la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas;
- X. **Disponibilidad presupuestal:** A la condición de los recursos presupuestarios suficientes para el cumplimiento de los compromisos del Programa;
- XI. **Dirección:** A la Dirección de Grupos Prioritarios de la Secretaría del Bienestar;

- XII. **Estado:** Al Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo;
- XIII. **Hospital Infantil:** Al Hospital Infantil «Eva Sámano de López Mateos»;
- XIV. **IMSS Bienestar:** A los Hospitales pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos al Programa IMSS-BIENESTAR;
- XV. **Instancias de Salud:** Al Hospital Regional de Morelia ISSSTE, al Hospital General Regional Número 1 de Charo IMSS en Morelia y al Hospital General de Zona Número 4 Zamora IMSS;
- XVI. **ISSSTE:** Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- XVII. **Madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras:** A la persona o conjunto de personas encargadas de los cuidados de menores diagnosticados con algún padecimiento oncológico;
- XVIII. **Mecánica operativa:** Al proceso que se seguirá para la obtención de los apoyos en el Programa;
- XIX. **Monto de apoyo:** A la suma de recursos presupuestarios o subsidios que se asignan a las personas beneficiarias;
- XX. **Menores:** A las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años once meses;
- XXI. **Padrón:** Al documento público en el que se relacionan las personas residentes en un determinado término municipal y otros datos relativos a ellas, como la edad, el sexo, el domicilio y la actividad que desempeñan;
- XXII. **Pago de Marcha:** Al pago que por única ocasión reciben las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras en caso de que la o el menor fallezca, siempre y cuando sean personas beneficiarias del Programa. Así como, al pago que por única ocasión recibe la persona auxiliar de la mujer, en caso de que ésta falleciera durante el tratamiento y/o vigilancia oncológica, siempre y cuando sean personas beneficiarias del Programa;
- XXIII. **Periódico Oficial:** Al Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo;
- XXIV. **Persona Beneficiaria:** A cada una de las personas que reciben bienes y servicios de los programas de desarrollo social, cumpliendo los requisitos de la normatividad correspondiente;
- XXV. **Personal de la Secretaría:** A la persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza, asignada a una unidad administrativa en la Secretaría del Bienestar;
- XXVI. **Programa:** Al Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y de Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor y sus Reglas de Operación;
- XXVII. **Reglas de Operación:** Al conjunto de disposiciones que precisan la forma de operar de un programa, con el propósito de lograr los niveles esperados de eficacia, equidad y transparencia;
- XXVIII. **Recidiva o reincidencia:** Al estado de salud en el que el cáncer reaparece en el organismo de las niñas, niños y mujeres, posterior al tratamiento oncológico;
- XXIX. **Secretaría:** A la Secretaría del Bienestar del Estado de Michoacán;
- XXX. **Secretaría de Salud:** A la instancia que ofrece servicios de salud en el Estado y sus homologas en las demás Entidades;
- XXXI. **Subdirección:** A la Subdirección de Sectores Vulnerados de la Secretaría del Bienestar; y,
- XXXII. **Transparencia:** Al indicador fundamental de la calidad de un gobierno democrático, consistente en la apertura del sector público a la divulgación de información acerca de una acción o programa.

CAPÍTULO II

DE LAS ACCIONES ESTRATÉGICAS Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA

Artículo 5°. El Programa, se desarrollará a través de una estrategia intergubernamental entre la Secretaría a través de la Dirección, en coordinación con las Direcciones Generales del Hospital Infantil, las Instancias de Salud y el CEAO.

Artículo 6°. La Secretaría, mediante la Dirección, a través de la Subdirección y los Departamentos, tendrán a su cargo la implementación del Programa, coordinarán las acciones al interior de la misma, así como las relaciones interinstitucionales con las dependencias que intervienen en el ámbito de sus respectivas competencias. Asimismo, estará facultada para realizar la suscripción de convenios y demás instrumentos jurídicos necesarios a fin de garantizar el objeto del Programa.

Artículo 7°. El Programa, operará con los recursos aprobados y asignados a la Secretaría, dentro del Decreto de Presupuesto de Egresos del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo, para el ejercicio fiscal correspondiente, mismos que serán otorgados a las personas beneficiarias con apego a las disposiciones que se establezcan en el Programa y demás disposiciones normativas aplicables.

Artículo 8°. La Secretaría se sujetará a las directrices expedidas, en materia de programas y evaluación, por la Secretaría de Finanzas y Administración, la Secretaría de Contraloría y la Coordinación de Planeación para el Desarrollo del Estado de Michoacán de Ocampo, en el ámbito de sus respectivas atribuciones, así como al Plan de Desarrollo Integral del Estado de Michoacán y demás disposiciones normativas aplicables.

TÍTULO SEGUNDO
DE LAS REGLAS DE OPERACIÓN

CAPÍTULO I
DE LOS OBJETIVOS Y DIFUSIÓN

Artículo 9°. El Programa tendrá como objetivos:

- I. Fomentar el desarrollo integral de las familias cuidadoras de menores con algún padecimiento oncológico, a través de la coordinación interinstitucional;
- II. Contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias cuidadoras, a través del otorgamiento de un apoyo económico, que favorezca la permanencia del menor diagnosticado con algún padecimiento oncológico hasta la conclusión del tratamiento y su vigilancia;
- III. Fomentar la protección y el bienestar de las mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, a través de la coordinación interinstitucional; y,
- IV. Contribuir a la mejora de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama y/o cáncer cervicouterino invasor, a través del otorgamiento de un apoyo económico, que favorezca su bienestar.

Artículo 10. El Programa, además de su publicación en el Periódico Oficial, estará disponible para la población a través de la asistencia telefónica de atención a trámites y servicios 070, así como en las oficinas y en la página electrónica oficial de la Secretaría www.bienestar.michoacan.gob.mx. La Secretaría establecerá las estrategias y acciones necesarias, para dar a conocer a la población del Estado, la naturaleza, objetivos, beneficios y alcances de los apoyos a otorgar dentro del Programa.

CAPÍTULO II
DE LA POBLACIÓN OBJETIVO Y COBERTURA

Artículo 11. La población objetivo del Programa se enfocará en:

- I. Madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras de menores que estén en tratamiento o en vigilancia hasta por tres años después de terminado el tratamiento, en las áreas de oncología pediátrica del Hospital Infantil o alguna de las Instancias de Salud; y,
- II. Mujeres de entre 18 y 64 años 11 meses de edad, con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, desde el momento en que reciban el resultado de patología e inicien su tratamiento y hasta tres años de vigilancia en el CEAO o en alguna de las Instancias de Salud.

Artículo 12. La cobertura del Programa estará sujeta a la disponibilidad presupuestal de la Secretaría, y comprenderá a:

- I. Las familias cuidadoras michoacanas de menores, diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, que tengan al menos un año de residir en el Estado y que se encuentren en tratamiento o vigilancia médica, hasta por tres años después de terminado el tratamiento, en las Instancias de

Salud; y,

- II. Las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, que comprueben su residencia en el Estado, de por lo menos un año y que se encuentren en tratamiento y/o vigilancia hasta por tres años.

CAPÍTULO III
DE LOS REQUISITOS

Artículo 13. Los requisitos para ser parte del Programa se establecerán en los rubros siguientes:

- I. Para las personas beneficiarias;
- II. Para el pago de marcha;
- III. Para el Hospital Infantil, las Instancias de Salud y CEAO; y,
- IV. Para las personas auxiliares.

SECCIÓN I
DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

Artículo 14. Para las personas beneficiarias los requisitos serán los siguientes:

- I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.
 - a) Que la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora de un menor con padecimiento oncológico o en vigilancia, acrediten una residencia en el Estado de cuando menos un año continuo, emitida por el ayuntamiento con fecha previa a la expedición del Certificado Médico a que se refiere este artículo;
 - b) Comprobar que la o el menor a cargo, tenga edad inferior a los 17 años once meses de edad, con la respectiva copia simple del acta de nacimiento que contenga la CURP de la o el menor;
 - c) Verificar que la o el menor, sea parte del listado emitido por el Hospital Infantil o alguna de las Instancias de Salud o por aquellas instancias públicas de otros Estados;
 - d) Copia fotostática simple, legible, de identificación oficial vigente de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora;
 - e) Para comprobar la relación de afinidad con la o el menor se deberá presentar:
 1. Madre o padre: Acta de nacimiento que contenga CURP de la o el menor;
 2. Persona tutora: Documentación judicial que acredite tal situación emitida por la autoridad responsable; y,

3. Persona cuidadora: Carta en la que se haga constar, bajo protesta de decir verdad, que la persona beneficiaria, es cuidadora o cuidador de la o el menor.
 - 3.1 Documento que demuestre la custodia provisional del menor.
- f) Copia legible de un comprobante de domicilio con una antigüedad, no mayor a tres meses;
- g) Llenar los formatos de solicitud (ANEXOS 1 y 5) y el formato para carta, en la que manifieste lo conducente, bajo protesta de decir verdad, (ANEXO 2) dirigidos a la persona titular de la Secretaría, para ser considerada persona beneficiaria del Programa; y,
- h) Presentar en original, el Certificado Médico Oncológico Pediátrico debidamente membretado, emitido por el Hospital Infantil o Instancia de Salud en la que la o el menor, se encuentre en tratamiento o vigilancia hasta por tres años después de terminado el tratamiento, mismo que deberá contener las especificaciones siguientes:
 1. La mención de ser emitido por el Hospital Infantil o la Instancia de Salud;
 2. Contar con los logos institucionales del Hospital Infantil o de cada Instancia de Salud correspondiente;
 3. La mención expresa de ser un Certificado Oncológico Pediátrico o Certificado Oncológico;
 4. Fecha de expedición;
 5. Número de expediente clínico;
 6. Nombre completo de la o el paciente;
 7. Diagnóstico, y fecha del diagnóstico;
 8. Tratamiento o manejo actual;
 9. Fecha de inicio de tratamiento o manejo actual;
 10. Nombre completo de la o el médico tratante, número de cédula profesional, firma autógrafa; y,
 11. Sello oficial de la institución.

El certificado oncológico deberá entregarse desde la presentación de la solicitud.

En casos en los que, la o el paciente haya sido dado de alta por haber cumplido los tres años de vigilancia, cuando

haya cumplido la mayoría de edad o fallezca en el Hospital Infantil o en alguna de las Instancias de Salud, estas deberán notificarlo a la Secretaría, durante los primeros cinco días hábiles de cada mes, en relación con cada uno de los supuestos del alta correspondiente.

Una vez recibida la notificación por parte del Hospital Infantil o alguna de las Instancias de Salud; la Secretaría, a través de la Dirección, elaborará un acta de baja del programa de la persona beneficiaria (ANEXO 3), la cual deberá ir acompañada de los documentos probatorios que hagan constar la causa de la baja, como son el certificado o acta de defunción.

Para el caso de menores que fallezcan, deberá constar la documentación comprobatoria, anexa al acta de baja de la persona beneficiaria, que tendrá que ser entregada por la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora, durante los 10 días hábiles, posteriores al deceso.

Si se presenta el caso de recidiva o reincidencia del cáncer, antes de que cause baja por edad (17 años once meses), será necesario solicitar nuevamente el apoyo, para lo cual deberá llenar el formato de solicitud (ANEXO I) y entregar el Certificado Médico Oncológico señalado en el inciso h) fracción I del artículo 14 del Programa, que compruebe la recidiva o reincidencia, sin necesidad de que vuelva a cumplir con los demás requisitos señalados en el artículo 14 fracción I del Programa, en el entendido de que la Secretaría ya cuenta con su expediente.

II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.

- a) Ser mujer de entre 18 y 64 años 11 meses de edad con cáncer de mama y/o cervicouterino;
- b) Que la solicitante sea parte del listado de personas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, emitido por el CEAO o las Instancias de Salud;
- c) Acta de nacimiento original que contenga la CURP de la solicitante;
- d) Copia fotostática simple, legible de identificación oficial vigente (IFE o INE, pasaporte o cédula profesional);
- e) Recibir atención oncológica para los padecimientos de cáncer de mama y/o cervicouterino por parte del CEAO, de las Instancias de Salud o de las unidades médicas homologas en otros Estados;
- f) Constancia de residencia en el Estado, emitida por la autoridad municipal, de acuerdo al domicilio en el que la solicitante manifieste habitar, previa al inicio del diagnóstico de la patología;
- g) Copia legible de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses;

- h) Llenar el formato de solicitud (ANEXO 6) dirigido a la persona titular de la Secretaría, para ser considerada persona beneficiaria del Programa; y,
- i) Presentar en original el Certificado Médico Oncológico debidamente membretado, emitido por el CEAO, Instancias de Salud o las instancias de salud pública equivalentes, mismo que deberá contener las especificaciones siguientes:
1. La mención de ser emitido por el CEAO o la Instancia de Salud;
 2. Contar con los logos institucionales del CEAO o la Instancia de Salud;
 3. La mención expresa de ser un Certificado Médico Oncológico;
 4. Fecha de expedición;
 5. Número de expediente clínico;
 6. Nombre completo de la paciente;
 7. Patología;
 8. Fecha de diagnóstico;
 9. Tratamiento o manejo actual;
 10. Fecha de inicio de tratamiento y vigilancia según sea el caso;
 11. Nombre completo de la o el médico tratante, número de cédula profesional, firma autógrafa; y,
 12. Sello oficial de la institución.

El certificado deberá entregarse desde la presentación de la solicitud.

Para el caso de las mujeres que fallezcan en el CEAO o alguna de las Instancias de Salud, según corresponda, esté deberá notificarlo a la Secretaría, durante los primeros cinco días hábiles de cada mes.

En los casos en que la persona haya fallecido en su domicilio, la persona auxiliar deberá notificarlo a la Secretaría dentro de los diez días hábiles, posteriores al deceso y presentar copia del certificado o acta de defunción.

Una vez recibida la notificación, la Secretaría a través de la Dirección, elaborará un acta de baja de la persona beneficiaria, la cual deberá ir acompañada por la documentación probatoria que haga constar el deceso, como son el certificado o acta de defunción (ANEXO 8).

Si se presenta el caso de recidiva o reincidencia del cáncer, antes de que cause baja por edad (64 años 11 meses), será

necesario solicitar nuevamente el apoyo, para lo cual deberá llenar el formato de solicitud (ANEXO 6) y entregar el Certificado Médico Oncológico señalado en el inciso i) fracción II del artículo 14 del Programa, que compruebe la recidiva o reincidencia, sin necesidad de que vuelva a cumplir con los demás requisitos señalados en el artículo 14 fracción II del Programa, en el entendido de que la Secretaría ya cuenta con su expediente.

Artículo 15. Las familias cuidadoras michoacanas que residan en el Estado pero que, por alguna situación, atiendan a sus menores en otras entidades federativas, que deseen participar en el Programa, deberán cumplir con los requisitos señalados en el artículo 14 fracción I del Programa y serán las responsables de verificar que el menor esté debidamente registrado en la instancia de salud pública de la Entidad a la que acuda a recibir la atención médica de la que es objeto el presente Programa.

De la misma manera, en los casos en que, el o la menor sea dado o dada de alta por haber cumplido los tres años de vigilancia, haya cumplido la mayoría de edad o fallezca, la responsable de notificar a la Secretaría será la madre, el padre, o la persona tutora y/o persona cuidadora, durante los diez días hábiles de cada mes, en relación con cada circunstancia mencionada.

La Secretaría podrá verificar en cualquier momento la veracidad de la información presentada, para constatar que su emisión haya sido hecha por las instancias de salud de otras entidades federativas.

Artículo 16. Las mujeres michoacanas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, que residan en el Estado, que por alguna razón decidan atenderse en otras entidades federativas y que deseen participar en el Programa, deberán cumplir con los requisitos señalados en el artículo 14 fracción II del Programa. Asimismo, serán las responsables de verificar su debido registro en el CEAO o Instancia de Salud a la que acudan a recibir la atención médica, objeto del presente Programa.

La Secretaría podrá verificar en cualquier momento la veracidad de la información presentada, ante las Unidades Médicas de las Secretarías de Salud de otras entidades federativas.

SECCIÓN II DEL PAGO DE MARCHA

Artículo 17. Para el pago de marcha los requisitos serán los siguientes:

- I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.
 - a) Haber sido una persona beneficiaria del Programa;
 - b) Solicitud por escrito de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora, dirigida a la persona titular de la Secretaría, en un plazo no mayor a 10 diez días hábiles, posteriores a la fecha del fallecimiento (ANEXO 1);
 - c) Copia del acta de defunción de la o el menor; y,
 - d) El pago de marcha se entregará de manera directa a

la persona beneficiaria, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa y bajo el procedimiento siguiente:

1. En cualquiera de los casos en los que la o el paciente haya fallecido en el Hospital Infantil, en alguna de las Instancias de Salud o en su domicilio, la persona beneficiaria deberá notificarlo a la Secretaría dentro de los diez días hábiles posteriores al deceso, presentando copia del certificado o acta de defunción. En caso de no informarlo durante este periodo, se perderá el derecho a este apoyo;

Una vez recibida la notificación, la Secretaría a través de la Dirección, elaborará un acta de baja del Programa, de la persona beneficiaria, la cual deberá ir acompañada por la documentación comprobatoria del deceso, para con ello tramitar el pago de marcha;

2. Solo la persona beneficiaria, registrada en el Programa podrá cobrar por única vez el apoyo económico de pago de marcha;
3. Dicho pago se otorgará, bajo el procedimiento que la Secretaría determine y una vez que se haya cumplido, en tiempo y forma con la documentación solicitada; y,
4. Para la emisión del pago de marcha, será indispensable que la persona beneficiaria, no haya recibido ningún apoyo, posterior a la fecha de fallecimiento de la o el menor.

II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.

- a) Haber sido una persona beneficiaria del Programa;
- b) Solicitud por escrito de la persona auxiliar, dirigida a la persona titular de la Secretaría, en un plazo no mayor a diez días hábiles, después del fallecimiento (ANEXO 6);
- c) Adjuntar copia del certificado o acta de defunción de la beneficiaria; y,
- d) El pago de marcha se entregará de manera directa a la persona auxiliar registrada, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa y bajo el procedimiento siguiente:

1. En cualquiera de los casos en los que la paciente fallezca en el CEAO, alguna de las Instancias de Salud o en su domicilio, la persona auxiliar deberá notificar a la Secretaría dentro de los diez días hábiles

posteriores al deceso, presentando copia del certificado o acta de defunción, que lo certifique, en caso de no informarlo durante este periodo, se perderá el derecho a este apoyo;

2. Una vez recibida la notificación, la Secretaría a través de la Dirección, elaborará un acta de baja del Programa, de la persona beneficiaria, la cual deberá ir acompañada por la documentación comprobatoria que haga constar el deceso;
3. El pago se otorgará a la persona beneficiaria bajo el procedimiento que la Secretaría determine y una vez que la persona auxiliar haya cumplido en tiempo y forma con la entrega de la documentación requerida; y,
4. Para la emisión del pago de marcha, será indispensable que la persona auxiliar, no haya recibido ningún apoyo posterior a la fecha de fallecimiento de la beneficiaria.

SECCIÓN III
DE LAS INSTANCIAS DE SALUD,
EL HOSPITAL INFANTIL Y EL CEAO

Artículo 18. Para las Instancias de Salud, el Hospital Infantil y el CEAO, los requisitos serán los siguientes:

- I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.
 - a) Proporcionar un listado actualizado de los pacientes menores de edad en tratamiento oncológico o vigilancia médica, que contenga las especificaciones siguientes:
 1. Número de niñas y niños de 0 a 17 años once meses atendidos por cáncer;
 2. Clave de la Entidad;
 3. Clave del Municipio;
 4. Nombre completo del menor;
 5. CURP;
 6. Sexo;
 7. Edad;
 8. Fecha de nacimiento;
 9. Domicilio actual;
 10. Teléfono de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora;
 11. Correo electrónico de la madre, padre,

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| | persona tutora y/o persona cuidadora; | 7. | Diagnóstico; |
| 12. | Nombre de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora; | 8. | Tipo de cáncer; |
| 13. | Diagnóstico; | 9. | Estado actual (en tratamiento o vigilancia); |
| 14. | Fecha del diagnóstico; | 10. | Fecha de inicio de tratamiento y/o vigilancia; |
| 15. | Estado actual (en tratamiento o vigilancia); | 11. | Tipo de tratamiento; |
| 16. | Tiempo que lleva en tratamiento; | 12. | Afiliación; |
| 17. | Tiempo que lleva en vigilancia; | 13. | ID, clave SICAM (Sistema de Información de Cáncer de la Mujer); |
| 18. | Fecha de defunción, (según sea el caso); | 14. | T/A/D/AB/CP/TF; |
| 19. | Número de expediente; y, | 15. | Defunción por cáncer; |
| 20. | Recaída o recidiva, (según sea el caso). | 16. | Recaída según sea el caso; y, |
| | | 17. | Teléfono de la paciente. |

Este listado deberá ser entregado de manera mensual dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes o en su caso, reportar cuando se hayan cumplido los tres años de vigilancia, así como los casos de baja del Programa por edad o de fallecimiento; y,

- b) Expedir, en tiempo y forma, un certificado oncológico pediátrico por paciente, que contenga los datos señalados en el artículo 14 fracción I inciso h) del Programa.

II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.

- a) Expedir en tiempo y forma el certificado médico oncológico por cáncer de mama y/o cervicouterino invasor por paciente, que contenga los datos señalados en el artículo 14 fracción II inciso i) del Programa; y,
- b) Proporcionar un listado actualizado de las mujeres de 18 a 64 años 11 meses de edad con algún padecimiento oncológico, referente a la patología de cáncer de mama y/o cervicouterino que estén en tratamiento oncológico o vigilancia médica hasta por tres años, a partir de la fecha de registro de la patología, que contenga las especificaciones siguientes:

1. Número consecutivo;
2. Número de expediente;
3. Nombre completo de la paciente;
4. CURP de la paciente;
5. Edad;
6. Fecha de diagnóstico;

Este listado deberá ser entregado de manera mensual, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes o en su caso, reportar los casos de baja del Programa por edad o fallecimiento.

Artículo 19. Para las Instancias de Salud, Hospital Infantil y CEAO de la Secretaría de Salud de otros Estados en donde las personas que pretendan ser beneficiarias reciban la atención médica, objeto de este Programa, la Secretaría determinará los medios de verificación correspondientes que corroboren la información presentada.

SECCIÓN IV DE LAS PERSONAS AUXILIARES

Artículo 20. Los requisitos de las personas auxiliares serán los siguientes:

- I. Copia fotostática simple, legible de identificación oficial vigente tales como IFE o INE, pasaporte o cédula profesional;
- II. Acta de nacimiento legible que contenga la CURP; y,
- III. Copia legible de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses.

Si al momento de la solicitud de ingreso la persona beneficiaria no cuenta con alguna persona auxiliar, podrá registrarla en los primeros diez días posteriores a la solicitud.

CAPÍTULO IV DE LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS Y LOS TIPOS DE APOYO

Artículo 21. La Secretaría, con base en la disponibilidad presupuestal asignada al Programa, en igualdad de condiciones, dará preferencia conforme a los criterios siguientes:

- I. Estar interesada(o) en recibir el apoyo del Programa;
- II. Ser madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora de algún o alguna menor que esté en tratamiento o en vigilancia hasta por tres años, después de terminado el tratamiento, en el área de oncología pediátrica del Hospital Infantil o las Instancias de Salud; y,
- III. Ser mujer de entre 18 y 64 años 11 meses de edad, con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, que esté en tratamiento o vigilancia hasta por tres años después de haber terminado el tratamiento en el área de oncología del CEAO o las Instancias de Salud.

Artículo 22. Las personas solicitantes que cumplan en tiempo y forma con los requisitos y criterios de elegibilidad podrán acceder a los apoyos que, de acuerdo a la modalidad, serán los siguientes:

- I. Modalidad: Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.
 - a) La cantidad de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) mensuales mientras la o el menor esté en tratamiento o en vigilancia hasta por 3 tres años, posteriores a la terminación del tratamiento en las áreas de oncología pediátrica del Hospital Infantil o alguna de las Instancias de Salud; y,
 - b) Pago único de Marcha de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) en el caso del fallecimiento de la o el menor, debiendo adjuntar copia de la respectiva acta o certificado de defunción.

El apoyo se otorgará mensualmente, de acuerdo con la actualización del listado que reporten el Hospital Infantil y las Instancias de Salud en el Estado, y para el caso de las familias michoacanas que se atiendan en otras entidades federativas, será conforme a la verificación correspondiente.

El apoyo se entregará a través de transferencia bancaria, cheque o medio que determine la Secretaría a la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa.
- II. Modalidad: Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.
 - a) La cantidad de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) mensuales, equivalente a la línea de bienestar mínimo que determina el CONEVAL, mientras la paciente esté en tratamiento o en vigilancia, hasta por 3 tres años, posteriores a la terminación del tratamiento en las áreas de oncología del CEAO, de alguna de las Instancias de Salud y de instancias equivalentes en otros Estados; y,
 - b) Pago único de Marcha de \$4,000.00 (Cuatro mil pesos 00/100 M.N.) en el caso del fallecimiento de la paciente, debiendo adjuntar copia de la

respectiva acta o certificado de defunción.

El apoyo se otorgará mensualmente, de manera directa a la persona auxiliar registrada previo cumplimiento de los requisitos establecidos, de acuerdo con la actualización del listado que entreguen el CEAO y las Instancias de Salud, para el caso de las pacientes que se atiendan en otros Estados, de la verificación correspondiente.

En los casos en los que la beneficiaria no pueda presentarse porque su condición médica no se lo permite, la Secretaría podrá entregar el apoyo a la persona auxiliar hasta por un mes después, siempre y cuando cumpla con los requisitos siguientes:

Del cobro por parte de la persona auxiliar:

1. Escrito libre, donde manifieste su imposibilidad para asistir al cobro, así como la autorización a la persona auxiliar para realizarlo, además de entregar una foto impresa y en archivo digital de la persona auxiliar, con dicho anexo.

El apoyo quedará suspendido (sin ser acumulativos los pagos), en cualquiera de los casos, cuando se omita o no se entregue dicho anexo de manera consecutiva, en los casos en que la beneficiaria o la auxiliar no puedan acudir por el pago. En dicho supuesto, se les informará mediante oficio la suspensión del apoyo;

2. En los casos en que se haya suspendido el apoyo, la persona beneficiaria o la persona auxiliar podrán solicitar la reincorporación o reactivación al Programa, en cualquier momento del ejercicio fiscal. Para tal efecto, deberán presentar la documentación requerida; y,
3. Una vez entregada la documentación completa y que haya procedido la reincorporación, la reactivación se aplicará a partir del mes siguiente.

Artículo 23. La entrega de recursos a las personas beneficiarias se realizará a través de una institución bancaria, mediante transferencia, cheque o el medio que la Secretaría determine mensualmente.

Cada entrega de recursos deberá estar soportada con recibo simple, firmado en original (ANEXOS 4 y 9 según corresponda) el cual deberá ser entregado de manera mensual en las oficinas de la Secretaría, específicamente en la Dirección.

CAPÍTULO V

DE LOS DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES

Artículo 24. Son derechos de las personas beneficiarias los siguientes:

- I. Recibir un trato digno, respetuoso, oportuno, de calidad y equitativo; sin distinción de género, grupo étnico, creencias religiosas, ideología, orientación sexual, discapacidad e identidad de género, por parte del personal de la Secretaría;
- II. Recibir atención oportuna a sus solicitudes, denuncias y sugerencias;
- III. Recibir información clara, sencilla y oportuna sobre la operación del Programa; y,
- IV. Recibir los apoyos del Programa al haber cumplido con los requisitos establecidos en el mismo.

Artículo 25. Son obligaciones de las personas beneficiarias las siguientes:

- I. Acreditar ser madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora de la niña o niño con cáncer, atendido en el Hospital Infantil o alguna de las Instancias de Salud;
- II. Acreditar ser mujer de 18 a 64 años 11 meses de edad con cáncer de mama y/o cáncer cervicouterino invasor, en tratamiento o vigilancia hasta por 3 tres años, atendidas en el CEAO o alguna de las Instancias de Salud;
- III. Proporcionar, bajo protesta de decir verdad, sus datos personales y la información que se requiera, de acuerdo a lo establecido en el Programa (ANEXOS 2 y 7);
- IV. Cumplir con la entrega oportuna de la documentación requerida;
- V. Abstenerse de transferir los beneficios y obligaciones, materia del Programa, así como destinar el apoyo a fines distintos del objeto del mismo;
- VI. Participar en el mecanismo que determine la Secretaría para recibir el apoyo;
- VII. Las y los pacientes oncológicos que se atiendan en otros Estados y que se encuentren en tratamiento, deberán presentar el Certificado Médico Oncológico cada doce meses, el cual deberá acreditar el estado actual y en su caso contener, sin excepción alguna, la fecha de inicio de vigilancia, lo anterior con la finalidad de probar la concordancia con la temporalidad de la vigilancia establecida en el presente Programa; y,
- VIII. Las demás que se establezcan en el Programa.

Artículo 26. Será motivo de cancelación de la entrega del apoyo, cualquiera de las causas siguientes:

- I. El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones señaladas en el artículo 25 del Programa;
- II. Presentar documentos apócrifos o proporcionar información falsa; lo anterior, con independencia de las consecuencias en que puedan incurrir, con motivo de las denuncias y/o aquellas que se presenten ante las

autoridades competentes;

- III. Que las personas beneficiarias no cumplan con el mecanismo que la Secretaría determine para la entrega de los apoyos; y,
- IV. Las y los pacientes oncológicos que se atiendan en otros Estados causarán baja temporal del Programa, al no presentar el Certificado Médico Oncológico anual, de conformidad a lo establecido en el presente Programa, pudiendo reingresar al mismo, una vez presentado el Certificado Médico Oncológico debidamente requisitado, sin que se genere pago retroactivo por los meses que se haya dado de baja.

Artículo 27. En caso de que los servidores públicos incurran en alguna irregularidad en la operación del Programa, así como en el manejo de los recursos destinados al mismo, se dará parte a la autoridad competente a fin de que sean sancionados, conforme a lo establecido en la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Michoacán de Ocampo, y demás normas aplicables.

CAPÍTULO VI

DE LA MECÁNICA Y GASTOS DE OPERACIÓN

Artículo 28. El Programa y sus Reglas de Operación se ejecutarán en forma sistemática y ordenada, respecto de las acciones para: solicitar, acceder, planear, ejecutar, observar, justificar, comprobar y darle seguimiento, a efecto de lograr la eficiencia, transparencia y evitar la discrecionalidad en el ejercicio de los recursos públicos a él destinados, bajo el procedimiento siguiente:

- I. **Difusión.** Para hacer difusión al Programa, además de su publicación en el Periódico Oficial, el Programa y sus Reglas de Operación estarán disponibles para la población, en las oficinas, en las páginas electrónicas oficiales y en el sitio web de la Secretaría www.bienestar.michoacan.gob.mx, en el que se darán a conocer los requisitos para ser persona beneficiaria del Programa, fecha de inicio y resultados alcanzados;
- II. **Promoción.** La Secretaría implementará una estrategia para dar a conocer en el Estado, la naturaleza y objetivos del Programa, los compromisos, beneficios y alcances de los apoyos a otorgar;
- III. **Recepción y registro de solicitudes y documentación.** Las solicitudes para ser personas beneficiarias de los apoyos, así como la documentación descrita en los requisitos, serán entregados en físico y de manera digital en las oficinas de la Secretaría y por los medios electrónicos de que se disponga;
- IV. **Revisión de la documentación.** La Secretaría, a través de la Dirección, revisará la documentación que formará parte integral del expediente técnico y en caso de que el solicitante no la presente completa y vigente, se le requerirá de manera oficial para que, en un plazo de 10 días hábiles, después de la emisión de la solicitud de aclaración, subsane errores o complete la información, de no hacerlo quedará sin efecto la solicitud presentada;

- V. **Dictaminación.** La Secretaría a través de la Dirección realizará la dictaminación de las solicitudes recibidas, de conformidad con lo dispuesto en el Programa;
- VI. **Notificación de resultados.** La notificación del resultado de la dictaminación será en un lapso, no mayor a 10 días hábiles, posteriores a la recepción de los documentos completos;
- VII. **Elaboración del padrón.** La Secretaría, a través de la Dirección, será la responsable de la elaboración del padrón de personas beneficiarias, con base en los listados remitidos por el Hospital Infantil, las Instancias de Salud y el CEAO, según corresponda;
- VIII. **Validación de listados.** La Secretaría, a través de la Dirección, validará los listados proporcionados por el Hospital Infantil, las Instancias de Salud y el CEAO;
- IX. **Entrega de apoyos.** La Secretaría, a través de la Dirección, entregará los apoyos a través de una institución bancaria, mediante transferencia, cheque o el medio que determine, con periodicidad mensual; y,
- X. **Seguimiento y control.** La Secretaría, a través de la Dirección, podrá en cualquier momento, corroborar la validez de la información proporcionada por las personas beneficiarias, por lo que deberá implementar las acciones de seguimiento y supervisión que considere adecuadas para verificar la autenticidad de los documentos que se presentan y que se está cumpliendo con lo establecido en el Programa.

Artículo 29. Los gastos para la operación, seguimiento, supervisión y verificación de las acciones del Programa no deberán exceder del tres por ciento del monto anual asignado al mismo, su registro deberá realizarse en las partidas de gasto correspondientes y en su ejercicio deberán observarse criterios de austeridad, transparencia y eficiencia, conforme a las disposiciones normativas aplicables.

CAPÍTULO VII

DE LA COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Artículo 30. La Secretaría establecerá la coordinación necesaria para garantizar que sus acciones no se contrapongan, afecten o presenten duplicidades con otros Programas o acciones del Gobierno del Estado; la coordinación institucional y vinculación de acciones, busca potenciar el impacto de los recursos, fortalecer la cobertura de las acciones, detonar la complementariedad y reducir gastos administrativos. Con este mismo propósito, podrá establecer acciones de coordinación con los órdenes de gobierno correspondientes y las autoridades de comunidades con autogobierno, las cuales tendrán que darse en el marco de las disposiciones del Programa y de las normas aplicables.

Artículo 31. La Secretaría a través de la Dirección, será la unidad administrativa encargada de la ejecución del Programa y le corresponderá verificar que la información que presenten los solicitantes, cumpla con los requisitos y se apliquen los criterios

de elegibilidad establecidos en el Programa, así como el apego a la planeación, estrategias, programación, calendario de ejecución, ejercicio y control del gasto público.

Artículo 32. La Secretaría, en el ámbito de su competencia, será la instancia normativa para la aplicación del Programa, y le corresponderá establecer los métodos y procedimientos de control y seguimiento para normar y regular su ejecución, a fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos trazados, así como para resolver los casos no previstos en el mismo.

CAPÍTULO VIII

DE LA DELIMITACIÓN DE ATRIBUCIONES

Artículo 33. A la Secretaría le corresponden las atribuciones siguientes:

- I. Distribuir los apoyos autorizados para el ejercicio fiscal correspondiente, de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria; y,
- II. Realizar acciones de supervisión aleatoria y seguimiento, para verificar la correcta operación del Programa.

Artículo 34. A la Dirección le corresponden las atribuciones siguientes:

- I. Revisar los expedientes remitidos a la oficina de la Secretaría, de forma física y digital;
- II. Coordinar la correcta aplicación del Programa; y,
- III. Elaborar y dar seguimiento al padrón de personas beneficiarias del Programa, así como, la validación del listado.

CAPÍTULO IX

DE LA TRANSPARENCIA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Artículo 35. La difusión de los logros y acciones del Programa serán dados a conocer a través de los medios de comunicación, de acuerdo con la disponibilidad presupuestal de la Secretaría, así como en la página electrónica oficial del Gobierno del Estado www.michoacan.gob.mx, y la página electrónica oficial de la Secretaría www.bienestar.michoacan.gob.mx, acorde a la normatividad vigente.

Artículo 36. La Secretaría dará seguimiento y control a través de la Dirección, y elaborará un informe final que contenga el origen, aplicación de recursos y resultados para conocer los alcances y cobertura del Programa.

Artículo 37. El seguimiento y la evaluación del Programa deberán apegarse a lo establecido en los Lineamientos Generales del Sistema de Evaluación del Desempeño, emitidos por la autoridad competente, así como a las demás disposiciones normativas aplicables.

El Programa se evaluará a través de los indicadores de resultados y de gestión siguientes:

	Resumen Narrativo	Indicador	Descripción de Variables	Método de Cálculo	Medios de Verificación
Propósito	Contribución al fortalecimiento de la protección económica y social de mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, y de las familias cuidadoras de menores con cáncer mediante el otorgamiento de un apoyo económico.	Porcentaje de permanencia en el tratamiento o vigilancia de menores con cáncer y mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en instituciones de salud pública.	A= Porcentaje de permanencia en el de tratamiento o vigilancia de menores con cáncer y mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en instituciones de salud pública. B= Total de niñas y niños con cáncer + total de mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino que permanecen en tratamiento en instituciones de salud pública. C= Total de niñas y niños con cáncer + total de mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en instituciones de salud pública.	$A=(B/C) *100$	Registros Administrativos de la Unidad Responsable.
Componente	Entrega de apoyos económicos convencionales y de pago de marcha para familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.	Porcentaje de apoyos entregados a familias cuidadoras niñas y niños con cáncer.	A= Porcentaje de apoyos entregados a las familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer. B= Total de apoyos entregados a las familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer. C= Total de apoyos a las familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer.	$A=(B/C) *100$	Registros Administrativos de la Unidad Responsable
Componente	Entrega de apoyos económicos convencionales y de pago de marcha a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.	Porcentaje de apoyos entregados a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.	A= Porcentaje de apoyos entregados a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor. B= Total de apoyos entregados a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor. C= Total de apoyos disponibles a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.	$A=(B/C) *100$	Registros Administrativos de la Unidad Responsable

Artículo 38. La Secretaría de Contraloría, en el ámbito de sus atribuciones, realizará las revisiones y auditorías del ejercicio de los recursos del Programa para constatar su correcta aplicación, promoverá la eficiencia y transparencia en sus operaciones y verificará el cumplimiento de los objetivos y metas programadas.

La Secretaría de Contraloría mantendrá un seguimiento interno que permita emitir los informes de las revisiones practicadas, en tiempo y forma, así como el seguimiento de las irregularidades detectadas hasta su atención total.

Artículo 39. Los recursos autorizados para el Programa, que por cualquier motivo no hayan sido ejercidos al 31 de diciembre del ejercicio fiscal correspondiente, deberán ser reintegrados a la Secretaría de Finanzas y Administración, conforme a las

disposiciones normativas vigentes.

Artículo 40. La Secretaría implementará acciones preventivas para dar transparencia al ejercicio de los recursos, de conformidad con lo estipulado por la fiscalía especializada para la atención de delitos electorales, e incluir en la papelería y documentación oficial para la entrega de los apoyos del Programa la siguiente leyenda: «**Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.**».

Artículo 41. Se promoverá la participación de las personas beneficiarias del Programa a través de la integración y operación de Comités de Contraloría Social, para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas

en el Programa, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al mismo. Asimismo, se impulsará e instrumentará la contraloría social en el Programa, facilitando a las personas beneficiarias el acceso a la información necesaria para el desarrollo y cumplimiento de sus funciones. La Secretaría de Contraloría en el ámbito de sus atribuciones coordinará y capacitará a las personas que se integren para la función de contraloría social del presente Programa.

Artículo 42. La Secretaría, a través de la Dirección validará y actualizará el padrón de personas beneficiarias, a partir de las solicitudes atendidas de pacientes en tratamiento y en vigilancia hasta por tres años después de terminado el tratamiento, atendido en las Instancias de Salud, que deberá incluir nombre de la persona beneficiaria, municipio, entidad federativa y monto del apoyo entregado. Además, se podrán incluir elementos adicionales que permitan conocer de manera más detallada la efectividad del Programa, como sexo, edad o nivel de escolaridad. Para lo anterior, la Dirección, deberá implementar un sistema de registro que permita conciliar los datos con el Padrón Único de Beneficiarios de los Programas de Bienestar del Ejecutivo del Estado.

El Padrón Único de Beneficiarios es una herramienta establecida en la Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán, que se construye con el objetivo de dar transparencia, equidad y eficacia de los Programas que incidan en el desarrollo social, los cuales deberán ser integrados por la Secretaría y serán publicados en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo y en su sitio oficial, así como en cualquier medio de comunicación en el Estado, cuidando la protección de datos personales de acuerdo a la legislación aplicable.

Artículo 43. Las denuncias y solicitudes de información sobre la operación, entrega de apoyos o algún otro aspecto relacionado con la ejecución del Programa, podrán ser presentadas en las oficinas de la Secretaría ubicadas en Avenida Lázaro Cárdenas, número 1016, Colonia Ventura Puente, en Morelia, Michoacán y por medio de la página electrónica oficial www.bienestar.michoacan.gob.mx, al servicio de atención telefónica 070, o directamente en la Secretaría de Contraloría, a través de la página electrónica www.secoem.michoacan.gob.mx o en la calle Benito Juárez No.127, Colonia Centro, C.P. 58000, teléfono (443) 310-86-00 al 09.

Las personas u organizaciones que presenten denuncias y solicitudes de información deberán preferentemente identificarse y proporcionar sus datos para su mejor atención y seguimiento; asimismo, deberán indicar los hechos presuntamente constitutivos de irregularidad, así como el o los nombres de los servidores públicos a denunciar.

La Secretaría dará seguimiento a las denuncias en forma escrita o verbal según sea el caso, conforme a la normatividad aplicable en los tiempos y ámbitos de su competencia.

CAPÍTULO X DE LA INTERPRETACIÓN Y DATOS PERSONALES

Artículo 44. La Secretaría será la responsable de la interpretación de la información proporcionada, para efectos administrativos del Programa, así como de resolver, de conformidad con las

disposiciones normativas aplicables, los casos no previstos o emergentes que se presenten.

Artículo 45. Los datos personales serán tratados y protegidos por la Secretaría, sujetándose en todo momento a lo dispuesto por la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Michoacán de Ocampo, y a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Michoacán de Ocampo.

El aviso de privacidad estará disponible en la página de la Secretaría <https://bienestar.michoacan.gob.mx>.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo.

Segundo. El Programa, se aplicará durante el ejercicio fiscal 2023 dos mil veintitrés, y en tanto no se modifique u abrogue podrá ser aplicado para los siguientes ejercicios fiscales según la suficiencia presupuestaria correspondiente.

Tercero. Se abrogan el Acuerdo que establece el Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y sus Reglas de Operación, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, Tomo CLXXX, Octava Sección, Número 8, de fecha 11 de abril de 2022; así como el Acuerdo por el que se Reforman y Adicionan Diversas Disposiciones del Acuerdo que establece el Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y sus Reglas de Operación, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, Tomo CLXXXII, Novena Sección, Número 21, de fecha 2 de febrero de 2023, y las demás disposiciones administrativas que se opongan al presente Acuerdo.

Morelia, Michoacán de Ocampo, a 23 de marzo de 2023.

A T E N T A M E N T E

ALFREDO RAMÍREZ BEDOLLA
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO
(Firmado)

CARLOS TORRES PIÑA
SECRETARIO DE GOBIERNO
(Firmado)

LUIS NAVARRO GARCÍA
SECRETARIO DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN
(Firmado)

AZUCENA MARÍN CORREA
SECRETARIA DE CONTRALORÍA
(Firmado)

GIULIANNA BUGARINI TORRES
SECRETARIA DEL BIENESTAR
(Firmado)



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 1



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD A. Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer

Secretaría del Bienestar

Solicitud a Lic. Giuliana Bugarini Torres

Folio:	
Fecha:	DD / MM / AAAA

Ingreso al programa Pago de marcha Otro: _____

Datos de la madre, padre, tutor o persona cuidadora									
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(s)									
Fecha de nacimiento		DD / MM / AAAA	Sexo	F / M	¿Pertenece a algún pueblo indígena?		SI / NO		
CURP					Estado civil		Ocupación		

Datos de contacto									
Calle		No. Ext.		No. Int.					
Colonia		C.P.							
Localidad		Municipio		Entidad					
Teléfono		Correo electrónico							

Parentesco con el menor									
Madre, Padre		Credencial de elector del responsable		Adopción		Credencial de elector del responsable			
Abuelo/a, Tio/a		Acta de nacimiento del beneficiario				Sentencia			
Hermano/a (+18)		Acta de nacimiento del hijo/a				Acta de adopción			
Casa Hogar A. C.		Credencial de elector del responsable		Tutor		Credencial de elector del responsable			
		Constancia de niño en desamparo				Sentencia y/o acta de tutor			

Nombre del menor									
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(s)									
Fecha de nacimiento		DD / MM / AAAA	Sexo	F / M	¿Estudia?		SI / NO		
CURP					Nivel académico				



Secretaría del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 1



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD A. Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer

Secretaría del Bienestar

Solicitud a Lic. Julianna Bugarini Torres

Folio:	
Fecha:	DD / MM / AAAA

Ingreso al programa Pago de marcha Otro: _____

Datos de la madre, padre, tutor o persona cuidadora						
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(s)						
Fecha de nacimiento		DD / MM / AAAA	Sexo	F / M	¿Pertenece a algún pueblo indígena?	S/IN O
CURP					Estado civil	
					Ocupación	

Datos de contacto					
Calle				No. Ext.	No. Int.
Colonia				C.P.	
Localidad		Municipio		Entidad	
Teléfono			Correo electrónico		

Parentesco con el menor					
Madre, Padre	Credencial de elector del responsable	Adopción		Credencial de elector del responsable	
Abuelo/a, Tío/a	Acta de nacimiento del beneficiario			Sentencia	
Hermano/a (+18)	Acta de nacimiento del hijo/a			Acta de adopción	
Casa Hogar A.C.	Credencial de elector del responsable	Tutor		Credencial de elector del responsable	
	Constancia de niño en desamparo			Sentencia y/o acta de tutor	

Nombre del menor						
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(s)						
Fecha de nacimiento		DD / MM / AAAA	Sexo	F / M	¿Estudia?	SI / NO
CURP					Nivel académico	



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR



ANEXO 2

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR
MODALIDAD A. Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer

Morelia, Michoacán de Ocampo, a ____ de _____ de _____

Asunto: Carta bajo protesta de decir verdad.

LIC. GIULIANNA BUGARINI TORRES
SECRETARIA DEL BIENESTAR
DEL ESTADO DE MICHOACÁN
P R E S E N T E.

Por medio de la presente yo C. [Nombre del padre, madre o tutor del solicitante] declaro
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que todos los datos incluidos en la solicitud son
verídicos, así como mi manifestación que, al solicitar el presente beneficio, no recibo del
Gobierno Federal, Estatal o Municipal ninguna beca o apoyo.

Atentamente

Nombre y firma de la

madre, padre, tutor o persona cuidadora



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



**PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR**



ANEXO 3

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR
MODALIDAD A. Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer

Morelia, Michoacán de Ocampo, a ____ de _____ de _____

ACTA DE BAJA DEL BENEFICIARIO

La Secretaría del Bienestar con fundamento en el reporte emitido por la institución de salud denominado (_____ nombre de la institución _____), ubicado en (_____ calle, colonia, número, C.P. _____) en Morelia, Michoacán de Ocampo, se informa la dada de **Baja del Beneficiario** (_____ nombre del beneficiario _____), del **PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR**, con número de folio (_____ XXXXXXXXXXXX _____), quien representa al niño (a) (_____ nombre de la niña o niño _____) atendido en la unidad antes citada con el número de expediente (_____ XXXXXXXX _____), por el siguiente motivo:

- Fallecimiento del menor
- Alta médica del menor
- Cumplimiento de mayoría de edad del menor
- Cambio de domicilio

Otro: (especifique)

Lo cual se hace constar con (alta médica, certificado de defunción, acta de nacimiento u otro documento que certifique el criterio marcado anteriormente) que se anexa a continuación.

Sello de la Secretaría
del Bienestar

Nombre y firma del director(a) de grupos prioritarios

Nombre y firma del beneficiario



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 4

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR
MODALIDAD A. Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer
COMPROBANTE
BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN

No. Folio:		Mes y Año:	
Nombre del beneficiario:			
Nombre del menor:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER	\$ - , - . 00	
TOTAL:	----- (00 / 100 MN) -----	\$ - , - . 00	

RECIBI BENEFICIO.
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL
BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA SECRETARÍA DEL
BIENESTAR



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON
CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD A. Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer
COMPROBANTE
BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN

No. Folio:		Mes y Año:	
Nombre del beneficiario:			
Nombre del menor:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER	\$ - , - . 00	
TOTAL:	----- (00 / 100 MN) -----	\$ - , - . 00	

RECIBI BENEFICIO.
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL
BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA SECRETARÍA DEL
BIENESTAR





PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 5



SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE
MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD A. Familias cuidadoras de niñas y niños con cáncer

Morelia, Michoacán de Ocampo, a ____ de _____ de _____

ESCRITO LIBRE

LIC. GIULIANNA BUGARINI TORRES
TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

Quien suscribe, C. _____, del Estado
habitante del Municipio de _____ del Estado
de Michoacán de Ocampo, con el debido respeto me dirijo a Usted para solicitarle, se me integre al
**PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON
CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR**, debido a
que mi hijo (a) se encuentra actualmente en () Tratamiento () Vigilancia en el Hospital
_____, debido a
que el apoyo ayudará a nuestra familia a fortalecer el cuidado de nuestro hijo (a).

Sin otro particular le reitero mi agradecimiento, quedando a sus órdenes.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del solicitante



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO





PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 6



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor

Secretaría del Bienestar

Solicitud a Lic. Julianna Bugarini Torres

Folio:	DD / MM / AAAA
Fecha:	DD / MM / AAAA

Ingreso al programa Alta de auxiliar Otro: _____

Datos de la persona solicitante.

Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(s)									
Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA	Sexo	F / M	Nivel académico	Estado civil		¿Pertenece a algún pueblo indígena?		SI/NO
CURP									
Número de hijos menores de edad									

Datos de contacto

Calle					No. Ext	No. Int
Colonia					C.P.	
Localidad	Municipio	Entidad		¿Estudia?		
Teléfono	Correo electrónico	¿Estudia?		SI / NO		

Datos complementarios

¿Habla alguna lengua indígena?	SI	No	¿Cuál?			
¿Pertenece a algún pueblo indígena?	SI	No	¿Cuál?			
¿Tienes alguna discapacidad?				SI	No	
¿Qué tipo de discapacidad?	Motriz	Auditiva	Visual	Psicosocial	Intelectual	

Datos generales

Fecha de reporte de patología	DD / MM / AAAA	Fecha de inicio de Tratamiento	DD / MM / AAAA
Unidad Médica de la Secretaría de Salud		Fecha de inicio de Vigilancia	DD / MM / AAAA
Centro Estatal de Atención Oncológica		Estado del paciente	
Hospital General Regional Número 1 Charo IMSS		Tratamiento	
Hospital General de Zamora Número 4 Zamora IMSS		Vigilancia	
Hospital Regional de Morelia ISSSTE		Defunción	
OTRO _____		Fecha	
		Diagnóstico	
		DD / MM / AAAA	
No. Expediente del Hospital			

Observaciones



Secretaría del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
 CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
 CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR



Razones por las cuales desea ingresar al programa				
Apoyo para la conclusión del tratamiento	Apoyo en el traslado	Apoyo para medicamentos	Complemento de ingreso económico	Apoyo para alimentos

Nombre del Auxiliar									
Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(s)									
Fecha de nacimiento					DD / MM / AAAA		Sexo		F / M
CURP									

Datos del Auxiliar									
Calle					No. Ext		No. Int		
Colonia					C.P.				
Localidad					Municipio		Entidad		
Teléfono					Correo electrónico				

Parentesco del Auxiliar									
Madre/ Padre					Documento comprobatorio				
Abuelo/a									
Credencial de elector del responsable					Acta de nacimiento del hijo/a				
Acta de nacimiento del hijo/a					Acta de nacimiento del beneficiario				
Esposa(a)									
Hijo (a) (+18)									
Otro									

AVISO DE PRIVACIDAD: Los datos personales contenidos en el presente formato están resguardados por esta Secretaría del Bienestar y protegidos por la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su reglamento; Ley de Transparencia; Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales del Estado de Michoacán de Ocampo, y demás normatividad aplicable. Misma que se utilizarán para operar el "PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR Y SUS REGLAS DE OPERACIÓN" y podrá ser incluida dentro de los informes que se elaborarán para el seguimiento de avances institucionales del Gobierno del Estado de Michoacán, los cuales serán meramente estadísticos. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de <https://bienestar.michoacan.gob.mx/>, en la sección de Avisos de Privacidad.

"Este programa es público y gratuito, ajeno a cualquier partido político, queda prohibida su venta y el uso para fines distintos al programa, quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado ante las autoridades conforme a lo que dispone la ley en la materia".

Compromiso solidario del Auxiliar, bajo protesta de decir verdad manifiesto que acepto como responsable solidario del derechohabiente/beneficiario, me obligo a destinar los recursos, bajo

**NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA
 PERSONA SOLICITANTE**



Secretaría del Bienestar
 GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno de Michoacán
 HONESTIDAD Y TRABAJO



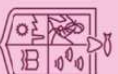
PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVIDO/UTERINO INVASOR



mi responsabilidad únicamente para los requerimientos del derechohabiente/beneficiario. Así mismo, me obligo a mantener actualizado el padrón del Bienestar, avisar del fallecimiento del derechohabiente / beneficiario, en su caso en los 10 días subsiguientes, el cambio de residencia, alta médica, así como para otorgar las facilidades para la aplicación del programa.

*En caso de ser familiar directo, firmar en el espacio FIRMA DEL RESPONSABLE, de lo contrario es indispensable la firma de dos TESTIGOS.

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO	FIRMA DEL RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA TESTIGO
------------------------	-----------------------	------------------------



**Secretaría
del Bienestar**
GOBIERNO DE MICHOACÁN



**Gobierno
de Michoacán**
HONESTIDAD Y TRABAJO





PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 7

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE
MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor

Morelia, Michoacán de Ocampo, a ____ de _____ de _____

Asunto: Carta bajo protesta de decir verdad.

LIC. GIULIANNA BUGARINI TORRES
SECRETARÍA DEL BIENESTAR
DEL ESTADO DE MICHOACÁN
PRESENTE.

Por medio de la presente yo C. _____ declaro

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, que todos los datos incluidos en la solicitud son
verídicos, así como mi manifestación de que, al momento de solicitar el presente apoyo, no
recibo ninguna beca o beneficio de programa alguno del Gobierno Federal, Estatal o
Municipal.

Atentamente

Nombre y firma de la persona solicitante



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 8

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor

Morelia, Michoacán de Ocampo, a ____ de _____ de _____

ACTA DE BAJA / SOLICITUD PAGO DE MARCHA DE LA PERSONA BENEFICIARIA

La Secretaría del Bienestar con fundamento en el reporte emitido por la institución de salud denominado: _____, ubicado en:

_____ en Morelia, Michoacán de Ocampo, se informa la dada de **Baja** de **la** persona **Beneficiaria:** _____ del **Programa para el Bienestar de Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer y para el Bienestar de Mujeres con Cáncer de**

Mama y/o Cervicouterino Invasor, con número de folio: _____, atendida en la unidad antes citada con el número de expediente _____ por el siguiente motivo:

- Fallecimiento de la beneficiaria
- Alta médica de la beneficiaria
- Cumplimiento de 64 años 11 meses
- Cambio de residencia a otro Estado
- Cumplimiento de vigilancia de 3 años

Otro: (especifique)

Lo cual se hace constar con (alta médica, certificado de defunción, acta de nacimiento u otro documento que certifique el criterio marcado anteriormente) que se anexa a continuación.

Sello de la
Secretaría del
Bienestar

Nombre y firma del director(a) de grupos prioritarios _____

Nombre y firma del auxiliar _____



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 9

COMPROBANTE
BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN
MODALIDAD B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino Invasor

No. Folio:	Mes y Año:	
Nombre del beneficiario:		
Nombre del auxiliar:		
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:
	APOYO A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR	\$ -.....,00
TOTAL:	(.....00/100 MN)	\$ -.....,00

RECIBÍ BENEFICIO,
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA SECRETARÍA DEL
BIENESTAR



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 9

COMPROBANTE
BENEFICIO OTORGADO POR EL GOBIERNO DE MICHOACÁN
MODALIDAD B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino Invasor

No. Folio:	Mes y Año:	
Nombre del beneficiario:		
Nombre del auxiliar:		
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:
	APOYO A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO INVASOR	\$ -.....,00
TOTAL:	(.....00/100 MN)	\$ -.....,00

RECIBÍ BENEFICIO,
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DEL BENEFICIARIO

FIRMA DEL REPRESENTANTE
DE LA SECRETARÍA DEL
BIENESTAR





PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 10

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor

ESCRITO LIBRE

Morelia, Michoacán de Ocampo, a ____ de _____ de _____

LIC. GIULIANA BUGARINI TORRES
TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

La que suscribe, la C. _____ del Estado
habitante del Municipio de: _____

de Michoacán de Ocampo, con el debido respeto, me dirijo a Usted para solicitarle se me integre al
PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON
CÁNCER Y DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR, en su

Modalidad B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, debido a que actualmente
me encuentro en Tratamiento (), Vigilancia (), en la Unidad Médica de la Secretaría de Salud,
denominada: _____.

Contar con el apoyo antes mencionado, será de gran ayuda para nuestra familia.

Sin otro particular le reitero mi agradecimiento, quedando a sus órdenes.

ATENTAMENTE

Nombre y firma de la persona solicitante



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

ANEXO 11

SECRETARÍA DEL BIENESTAR
GOBIERNO DE MICHOACÁN

PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER Y DE MUJERES
CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR

MODALIDAD B. Mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor

AUTORIZACIÓN DE COBRO

Morelia, Michoacán de Ocampo, a _____ de _____ de _____

LIC. GIULIANNA BUGARINI TORRES
TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

Quien suscribe, la C. _____, autorizo a _____, para que, por esta única ocasión, a mi nombre y representación le sea entregado el apoyo de dicho Programa en la **Modalidad B. Mujeres con Cáncer de Mama y/o Cervicouterino Invasor**, debido a que, por el momento me encuentro físicamente imposibilitada para poder asistir a la Entrega de Apoyos correspondiente al mes de _____ del año _____.

Se adjunta a la presente copia legible de mi identificación oficial y de la de mi autorizado.

BENEFICIARIA

AUXILIAR

Nombre completo, firma de la beneficiaria

Nombre y firma de la persona auxiliar

PERSONAL DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

Nombre completo y firma



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO