



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: Mtra. Jocelyne Sheccid Galinzoga Elvira

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

DÉCIMA SEGUNDA SECCIÓN

Tel. 443-312-32-28

TOMO CLXXXVIII

Morelia, Mich., Martes 15 de Julio de 2025

NÚM. 59

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
Mtra. Jocelyne Sheccid Galinzoga Elvira

Aparece ordinariamente de lunes a viernes.

Tiraje: 40 ejemplares

Esta sección consta de 30 páginas

Precio por ejemplar:

\$ 36.00 del día

\$ 46.00 atrasado

Para consulta en Internet:

www.periodicooficial.michoacan.gob.mx

www.congresomich.gob.mx

Correo electrónico

periodicooficial@michoacan.gob.mx

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 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, 6 y 9 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo; 3°, 5°, 7°, 12 fracciones II y IV, 20 y 26 de la Ley de Planeación del Estado de Michoacán de Ocampo; 4 fracciones II y VI, 50 y 51 de la Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán; y,

CONSIDERANDO

Que con fecha 29 de marzo de 2023, se publicaron en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, 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, cuyo objeto es 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 la niña, niño o adolescente; así mismo a mujeres de entre 18 y 59 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 Michoacán, a fin de cumplir con uno de los principales objetivos del Estado, que es procurar el bienestar de los sectores vulnerados.

Que el bienestar es un concepto que abarca el acceso a condiciones de vida dignas, la protección de los derechos fundamentales y la reducción de desigualdades estructurales. En este sentido, 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, representa una política pública que busca equilibrar las oportunidades y mejorar la calidad de vida de este sector históricamente vulnerable, garantizando que ninguna persona se vea forzada a enfrentar sola, los costos económicos y emocionales de una enfermedad de alto impacto.

Que con la llegada de la primera mujer Presidenta Constitucional de los Estados Unidos

Mexicanos, se avanza en el reconocimiento de los derechos de la mujer y se combate la brecha histórica de desigualdad entre hombres y mujeres, según los datos obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022, la cual arroja que el motivo de discriminación más frecuente para las mujeres fue por ser mujer, con 35.3 por ciento.

Que, en razón de lo anterior, el Gobierno de México para este año 2025, creó el «Programa Pensión Mujeres Bienestar», dirigido a mujeres adultas mayores de 60 a 64 años de edad, que residan en municipios o localidades indígenas o afromexicanas y de 63 a 64 años de edad que residan en municipios o localidades que no son indígenas ni afromexicanas, con nacionalidad mexicana por nacimiento o naturalización, con domicilio actual en la República Mexicana. Por lo que, se hace necesario modificar el límite de la edad de las mujeres, que recibirán el apoyo, motivo del presente Programa y con ello garantizar que todas las mujeres se vean beneficiadas de los programas de los diferentes órdenes de Gobierno y de esta forma contribuir al mejoramiento de sus condiciones de vida.

Que la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, en razón de lo cual debe abandonarse el término «menores», para referirse a niñas, niños y adolescentes, a fin de respetar el principio de su interés superior y el derecho a la igualdad y no discriminación.

Que en virtud de lo anterior, resulta necesario actualizar y fortalecer lo dispuesto en el Programa y sus Reglas de Operación en beneficio de las niñas, niños y mujeres del Estado de Michoacán, a fin de establecer una mayor eficacia en la materia.

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 DE LAS DEFINICIONES**

Artículo 1º. El presente Programa tiene por objeto mejorar la calidad de vida de las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras que dedican la mayor parte de su tiempo a los cuidados de las niñas, niños y adolescentes, que por su condición de salud, tienen la necesidad de acudir al área de oncología pediátrica; asimismo, de mujeres michoacanas, 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 2º. La Secretaría del Bienestar, instrumentará lo necesario para el debido cumplimiento del Programa y 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 3º. 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 4º. Para efectos y aplicación del presente Programa, se entenderá por:

- I. **Apoyo:** A la entrega de recursos económicos, que se realice mediante transferencia electrónica de manera mensual a la persona beneficiaria. El uso de cheque quedará limitado única y exclusivamente al pago de marcha y para aquellos casos en los que sea estrictamente necesario;
- 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. **CURP:** A la Clave Única de Registro de Población;
- VI. **Familias Cuidadoras:** A la persona o personas que atienden las necesidades físicas y emocionales de una persona enferma, que

por lo general es un familiar cercano o alguien que le es significativo;

- VII. **Departamentos:** Al Departamento de Atención a Grupos Vulnerados y al Departamento de Seguimiento y Verificación de la Secretaría del Bienestar;
- VIII. **Discriminación:** Al fenómeno social que vulnera la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas;
- IX. **Disponibilidad presupuestal:** A la condición de los recursos presupuestarios suficientes para el cumplimiento de los compromisos del Programa;
- X. **Dirección:** A la Dirección de Grupos Prioritarios de la Secretaría del Bienestar;
- XI. **Estado:** Al Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo;
- XII. **Hospital Infantil:** Al Hospital Infantil «Eva Sámano de López Mateos»;
- XIII. **IMSS:** Al Instituto Mexicano del Seguro Social;
- XIV. **Instancias de Salud:** Al Hospital Regional de Morelia ISSSTE, al Hospital General Regional Número 1 de Charo IMSS en Morelia, al Hospital General de Zona Número 83 Morelia IMSS, a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria adscrita a la Unidad Médica Familiar Número 75 Morelia IMSS y al Hospital General de Zona Número 4 Zamora IMSS;
- XV. **ISSSTE:** Al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;
- XVI. **Madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras:** A la persona o conjunto de personas encargadas de los cuidados de niñas, niños y adolescentes, diagnosticados con algún padecimiento oncológico;
- XVII. **Mecánica operativa:** Al proceso que se seguirá para la obtención de los apoyos en el Programa;
- XVIII. **Monto de apoyo:** A la suma de recursos presupuestarios o subsidios que se asignan a las personas beneficiarias;
- XIX. **Niñas, niños y adolescentes:** A las niñas y niños de 0 a 11 años 11 meses y adolescentes de 12 a 17 años 11 meses;
- XX. **Padrón:** Al documento público en el que se relacionan las personas residentes en un determinado ámbito municipal y otros datos relativos a ellas, como la edad, el sexo, el domicilio y la actividad que desempeñan;
- XXI. **Pago de Marcha:** Al pago que por única ocasión reciben las madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras en caso de que la niña, niño o adolescente 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 esta falleciera, durante el tratamiento y/o seguimiento médico, siempre y cuando sean personas beneficiarias del Programa;
- XXII. **Periódico Oficial:** Al Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo;
- XXIII. **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;
- XXIV. **Personal de la Secretaría:** A las personas que desempeñen un empleo, cargo o comisión de cualquier naturaleza, asignada a una unidad administrativa en la Secretaría del Bienestar;
- XXV. **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;
- XXVI. **Reactivación:** Al procedimiento, mediante el cual la Secretaría del Bienestar, reanuda la entrega del apoyo económico a las personas beneficiarias;
- 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, adolescentes y mujeres, posterior al tratamiento oncológico;

- XXIX. **Reincorporación:** Al procedimiento mediante el cual la Secretaría del Bienestar reingresa, a la persona beneficiaria en suspensión, al Programa;
- XXX. **Retención:** Al procedimiento mediante el cual la Secretaría del Bienestar detiene temporalmente la entrega de apoyos a las personas beneficiarias del Programa;
- XXXI. **Reporte Histopatológico:** Al documento clínico especializado que contiene en el análisis microscópico de muestras de tejido o biopsias, obtenidas a través de biopsias o autopsias, y que confirma el padecimiento del paciente;
- XXXII. **Resumen Médico:** Al documento elaborado por la o el médico y/o la instancia de salud correspondiente, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el historial y/o expediente clínico de la o el paciente;
- XXXIII. **Secretaría:** A la Secretaría del Bienestar del Estado de Michoacán;
- XXXIV. **Secretaría de Salud:** A la instancia que ofrece servicios de salud en el Estado y sus homologas en las demás entidades;
- XXXV. **Seguimiento Médico:** A la atención que se le da a un paciente después de la terminación del tratamiento de quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y/o cirugía;
- XXXVI. **Subdirección:** A la Subdirección de Sectores Vulnerados de la Secretaría del Bienestar;
- XXXVII. **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; y,
- XXXVIII. **Validación:** Al proceso mediante el cual las Instancias de Salud, validan que la niña, el niño, adolescente y/o mujer tenga la condición médica referida, que presenta en la documentación requerida, a fin de que se le considere como posible persona beneficiaria del 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, tendrá a su cargo la implementación del Programa, coordinarán las acciones al interior de la misma, para la consecución del objeto del Programa, 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 mismo y en las 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 los siguientes:

- I. Fomentar el desarrollo integral de las familias cuidadoras de niñas, niños y adolescentes michoacanos, 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 de la niña, niño o adolescente, diagnosticado con algún padecimiento oncológico hasta la conclusión del tratamiento y su seguimiento médico;

- 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 cual, 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 niñas, niños o adolescentes, que estén en tratamiento o en seguimiento médico, de hasta por tres años después de haber terminado el tratamiento, en las áreas de oncología pediátrica del Hospital Infantil o alguna de las Instancias de Salud; y,
- II. Mujeres michoacanas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, quienes podrán acceder al Programa, desde el momento en que reciban el resultado de patología e inicien su tratamiento y hasta dos años posteriores al mismo, de seguimiento médico en el CEAO o en alguna de las Instancias de Salud, de acuerdo a lo siguiente:

Mujeres Michoacanas de entre 18 y 59 años 11 meses de edad	Que residan en municipios o localidades indígenas o afromexicanas del Estado.
Mujeres Michoacanas de entre 18 y 62 años 11 meses de edad	Que residan en municipios o localidades que no son indígenas ni afromexicanas del Estado.
Para las mujeres que residan en municipios o localidades indígenas o afromexicanas, el domicilio deberá pertenecer a los municipios o localidades indígenas o afromexicanas, establecidos en los catálogos del Programa disponibles en la liga electrónica siguiente: https://www.gob.mx/bienestar/documentos/normateca-programas-a-cargo-de-la-secretaria	

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

- I. Las familias cuidadoras michoacanas de niñas, niños o adolescentes, diagnosticados con cualquier tipo de cáncer, que tengan al menos un año de residir permanentemente en el Estado y que se encuentren en tratamiento o en seguimiento médico, hasta por tres años, después de terminado el tratamiento, en las Instancias de Salud; y,
- II. Las mujeres michoacanas diagnosticadas con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, que comprueben su residencia permanente en el Estado, de por lo menos un año y que se encuentren en tratamiento y/o seguimiento médico hasta por dos 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 A:** Familias cuidadoras de niñas, niños o adolescentes con cáncer.
- a) Acreditar que la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora de la niña, el niño o adolescente, con padecimiento oncológico o en seguimiento médico, residen permanente en el Estado, cuando menos un año continuo, con una constancia, emitida por la autoridad municipal o en su caso por el concejo comunal, concejo de autogobierno o coordinación comunal, con fecha previa a la expedición del Certificado Médico a que se refiere este artículo;
 - b) Comprobar que la niña, el niño o adolescente a cargo, tenga edad inferior a los 17 años 11 meses de edad, con la respectiva copia simple del acta de nacimiento que contenga la CURP de la niña, el niño o adolescente;
 - c) Presentar copia fotostática simple, legible, de identificación oficial vigente de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora;
 - d) Para comprobar la relación de afinidad con la niña, el niño o adolescente se deberá presentar:
 1. Madre o padre: Acta de nacimiento que contenga CURP de la niña, el niño o adolescente;
 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 de la niña, niño o adolescente.
 - 3.1. Documento que demuestre la custodia provisional de la niña, niño o adolescente.
 - e) Copia legible de un comprobante de domicilio con una antigüedad, no mayor a tres meses;
 - f) 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,
 - g) Presentar en original, el Certificado Médico Oncológico Pediátrico debidamente membretado, emitido por el Hospital Infantil o Instancia de Salud en la que la niña, el niño o adolescente, se encuentre en tratamiento o seguimiento médico, 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 al presentar la solicitud.

Las personas solicitantes, tendrán la posibilidad de presentar el resumen médico y/o el reporte histopatológico para complementar la información requerida para el proceso de validación del Programa, estos documentos son adicionales y por ninguna circunstancia podrán suplir al certificado médico oncológico.

- h) Presentar la carátula del estado de cuenta a nombre de la persona beneficiaria, que deberá contener número de cuenta, clabe interbancaria y nombre de la institución bancaria en la que la persona beneficiaria tenga la cuenta.

En casos en los que, la o el paciente haya sido dado de alta por haber cumplido los tres años de seguimiento médico, cuando haya cumplido la mayoría de edad o fallezca en el Hospital Infantil o en alguna de las Instancias de Salud, dichas Instancias de Salud 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 niñas, niños y adolescentes, que fallezcan, deberá constar la respectiva documentación comprobatoria, tal como el certificado o acta de defunción, 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 11 meses), será necesario solicitar nuevamente el apoyo, para lo cual deberá llenar el formato de solicitud (ANEXO 1) y entregar el Certificado Médico Oncológico, 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.

En caso de que la persona beneficiaria o la persona en tratamiento o seguimiento oncológico abandone dicho tratamiento sin causa médica justificada, se procederá a la baja del Programa. Para ello, la Secretaría, a través de la Dirección, solicitará la confirmación de abandono a las Instancias de Salud o al Hospital correspondiente.

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

- a) Ser mujer michoacana de entre 18 y 59 años 11 meses de edad y pertenecer a municipios o localidades indígenas o afromexicanas o de 18 a 62 años 11 meses de edad y pertenecer a municipios o localidades que no son indígenas ni afromexicanas con cáncer de mama y/o cervicouterino;
- b) Acta de nacimiento original que contenga la CURP de la solicitante;
- c) Copia fotostática simple, legible de identificación oficial vigente (IFE o INE, pasaporte o cédula profesional);
- d) 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;
- e) Constancia de residencia permanente en el Estado, emitida por la autoridad municipal o en su caso por el concejo comunal, concejo de autogobierno o coordinación comunal, de acuerdo al domicilio en el que la solicitante manifieste habitar, previa al inicio del diagnóstico de la patología;
- f) Copia legible de comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses;
- g) Llenar el formato de solicitud y el formato para carta en la que manifieste lo conducente (ANEXO 6 y 10) dirigido a la persona titular de la Secretaría, para ser considerada persona beneficiaria del Programa; y,
- h) 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 o seguimiento médico, 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.

Las personas solicitantes tendrán la posibilidad de presentar el resumen médico y el reporte histopatológico para complementar la información requerida para el proceso de validación del Programa, estos documentos son adicionales y por ninguna circunstancia podrán suplir al certificado médico oncológico.

- i) Presentar la carátula del estado de cuenta a nombre de la persona beneficiaria, que deberá contener número de cuenta, clabe interbancaria y nombre de la institución bancaria en la que la persona beneficiaria tenga la cuenta.

Para el caso de las mujeres que fallezcan en el CEAO o alguna de las Instancias de Salud, según corresponda, dicha Instancia de Salud 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 (59 años 11 meses para las mujeres michoacanas que radiquen en municipios o localidades indígenas o afroamericanas o 62 años 11 meses para las mujeres que radiquen en municipios o localidades indígenas o afroamericanas), 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 h) 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 permanente en el Estado pero que, por alguna situación, atiendan a la niña, niño o adolescente 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 la niña, el niño o adolescente, 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, la niña, el niño y adolescentes, sea dado de alta por haber cumplido los tres años de seguimiento médico, haya cumplido la mayoría de edad o fallezca, los responsables de notificar a la Secretaría serán la madre, el padre, o la persona tutora y/o persona cuidadora, durante los primeros 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 permanentemente 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 A:** Familias cuidadoras de niñas, niños y adolescentes 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 días hábiles, posteriores a la fecha del fallecimiento (ANEXO 1);
 - c) Copia del acta de defunción de la niña, niño o adolescente; y,
 - d) El pago de marcha, se entregará vía cheque 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 notificar dicho fallecimiento a la Secretaría dentro de los 10 días hábiles posteriores al deceso, presentando copia del certificado o acta de defunción. En caso de no informarlo dentro del periodo señalado, 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, que deberá ir acompañada por la documentación comprobatoria del deceso;
 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, mediante cheque a la persona beneficiaria, 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 niña, el niño o adolescente.
- II. **Modalidad B:** 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 10 días hábiles, después del fallecimiento (ANEXO 6);
 - c) Adjuntar copia del certificado o acta de defunción de la persona beneficiaria; y,
 - d) El pago de marcha, se entregará de manera directa vía cheque 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 dicha defunción a la Secretaría dentro de los 10 días hábiles posteriores al deceso, presentando copia del certificado o acta de defunción, que lo compruebe, en caso de no informarlo dentro del periodo señalado, 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, que deberá ir acompañada por la documentación comprobatoria que haga constar el deceso;
 3. El pago se otorgará a la persona beneficiaria, mediante cheque a la persona beneficiaria, 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 persona 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 A:** Familias cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con cáncer.

- a) 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 presente Programa.

II. **Modalidad B:** 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 h) del Programa.

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. Presentar 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 presentar la solicitud de ingreso la persona beneficiaria no cuenta con alguna persona auxiliar, podrá registrarla en los primeros diez días posteriores al ingreso de 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 para el ingreso y recepción de beneficios, 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 alguna niña, niño o adolescente, que esté en tratamiento oncológico o en seguimiento médico hasta por tres años, después de terminado el tratamiento, en el área de oncología pediátrica del Hospital Infantil o en cualquiera de las Instancias de Salud; y,
- III. Ser mujer, de entre 18 y 59 años 11 meses de edad, que resida en municipios o localidades indígenas o afromexicanas y de 18 a 62 años 11 meses de edad que resida en municipios o localidades que no son indígenas ni afromexicanas, con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor, que esté en tratamiento o seguimiento médico hasta por dos años, después de haber terminado el tratamiento en el área de oncología del CEAO o en 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 A:** Familias cuidadoras de niñas niños y adolescentes con cáncer.
 - a) La cantidad de \$4,000.00 (cuatro mil pesos 00/100 m.n.) mensuales mientras la niña, el niño o adolescente, esté en tratamiento o en seguimiento médico hasta por 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 niña, el niño o adolescente, debiendo adjuntar copia de la respectiva acta o certificado de defunción.

El apoyo se otorgará mensualmente, 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 electrónica, a la cuenta registrada a nombre de la madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en el Programa.

La modalidad de pago de cheque quedará reservada única y exclusivamente para el concepto de pago de marcha y para

aquellos casos excepcionales que estén debidamente justificados.

II. **Modalidad B:** 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 seguimiento médico, hasta por dos 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 vía transferencia electrónica a la cuenta registrada a nombre de la persona beneficiaria, previo cumplimiento de los requisitos establecidos, para el caso de las pacientes que se atiendan en otros Estados, de la verificación correspondiente.

La modalidad de pago de cheque quedará reservada única y exclusivamente para el concepto de pago de marcha y para aquellos casos excepcionales que estén debidamente justificados.

En los casos en los que la persona 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:

1. Autorización de cobro (Anexo 11), donde manifieste su imposibilidad para asistir al cobro, así como la autorización a la persona auxiliar para realizarlo, además de comprobar la supervivencia de la persona beneficiaria a través de medios que puedan verificarse (llamada, videollamada, entre otras) 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 persona beneficiaria o la persona 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 mediante transferencia electrónica de manera mensual.

La modalidad de pago de cheque quedará reservada única y exclusivamente para el concepto de pago de marcha y para aquellos casos excepcionales que estén debidamente justificados.

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 LA RETENCIÓN, SUSPENSIÓN, REACTIVACIÓN DEL APOYO Y BAJA DEL PROGRAMA

Artículo 24. La retención del pago del apoyo a las personas beneficiarias, se realizará en los casos siguientes:

- I. Cuando la persona beneficiaria o persona auxiliar en su caso, no cumpla con la firma mensual de los ANEXOS 4 y 9 correspondientes a los recibos; y,
- II. Cuando se omita o no se entregue el anexo al que hace referencia el Numeral 1 de la fracción II del artículo 22, de manera consecutiva hasta por dos meses, en los casos en que la persona beneficiaria o la auxiliar no puedan acudir por el pago, en dicho supuesto, se les informará mediante oficio la retención del apoyo.

En caso de retención del apoyo, la persona beneficiaria o la persona auxiliar podrán solicitar la reactivación al Programa, hasta un mes

después de la retención, durante el ejercicio fiscal vigente. Para tal efecto, deberán presentar la documentación requerida.

Una vez entregada la documentación, a la que hace referencia el numeral I de la fracción II del artículo 22, completa y que haya procedido favorablemente, la reactivación, se aplicará a partir del mes siguiente.

En caso de no solicitar la reactivación al Programa, conforme a lo señalado en el párrafo anterior de este artículo, se procederá a suspender el apoyo, sin que se genere el cobro del recurso de manera retroactiva y en su caso, se podrá solicitar la reincorporación al Programa.

Artículo 25. La suspensión del apoyo a las personas beneficiarias, se realizará en los casos siguientes:

- I. Cuando la persona beneficiaria, reciba de manera no dolosa, una transferencia indebida derivada de duplicidad en los datos del padrón, errores en las operaciones bancarias u otros motivos administrativos, la Secretaría, procederá a la suspensión del apoyo por la misma cantidad de recursos recibidos de manera indebida. La suspensión se aplicará en los pagos subsecuentes hasta cubrir el monto total de la transferencia errónea; y,
- II. Cuando la persona beneficiaria identifique un error en la recepción de los recursos, deberá notificarlo a la Secretaría, dentro de un plazo de 10 días hábiles, a partir de la fecha de la transferencia, para evitar la acumulación de cobros indebidos y facilitar el ajuste administrativo correspondiente.

Artículo 26. Serán motivos de baja de las personas beneficiarias del Programa, los siguientes:

- I. Baja por defunción: Cuando se notifique el fallecimiento de la persona beneficiaria por parte de los padres, tutores o persona cuidadora o en su caso la persona auxiliar, el Registro Civil o autoridad local;
- II. Baja por CURP en estatus de defunción: Cuando, al solicitar la confronta del Padrón con el Registro Nacional de Población, la subdirección identifique registros de personas beneficiarias con el estatus «Baja por Defunción», se procederá a dar la baja del Padrón, siendo éste el único resultado de la confronta con el Registro Nacional de Población, susceptible de baja del Padrón;
- III. Baja por incumplimiento: Se procederá a la baja, por incumplimiento en la firma de los recibos mensuales, una vez que hayan pasado más de dos meses en retención o suspensión; y,
- IV. Baja por cambio de residencia nacional o en el extranjero: Cuando la persona beneficiaria haya realizado cambio de domicilio y el nuevo domicilio corresponda con una residencia ya sea en el extranjero o a cualquier otro Estado de la República Mexicana, por lo que deja de cumplir lo establecido en la fracción III del artículo 21 Criterios de Elegibilidad del presente Programa, se procederá a la baja del Padrón.

Cuando la persona beneficiaria sea susceptible de baja del Padrón de apoyos, conforme a la fracción anterior, la Secretaría no realizará la emisión del apoyo programado y la persona será identificada en el padrón, con la situación de baja y con la causal de baja que corresponda, según sea el caso.

En caso de que se haya aplicado de baja del Padrón, se informará a la persona beneficiaria o su persona auxiliar, en su caso, cuando se presenten en las oficinas de la Secretaría y se les hará de su conocimiento el motivo de la baja, así como las acciones que podrá realizar para que deje de encontrarse en esa situación.

La Secretaría, garantizará a través de la Subdirección, el derecho de audiencia a las personas beneficiarias que se encuentren en baja, aplicando en lo conducente, los términos y disposiciones de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y en su caso, procederá conforme a las causales de retención, suspensión o baja, así como a las causales de reactivación contenidas en el presente Programa.

Artículo 27. Las personas beneficiarias o sus personas auxiliares podrán solicitar la reactivación, de acuerdo a lo siguiente:

- I. Cuando se haya resuelto de forma favorable para la persona beneficiaria el motivo de suspensión del Padrón;
- II. Cuando se haya encontrado en alguna causal de suspensión, siempre y que cumpla con lo establecido en los criterios de elegibilidad, señalados en el presente Programa; y,
- III. Cuando habiendo solicitado la baja voluntaria del Programa, solicite su reactivación.

CAPÍTULO VI DE LOS DERECHOS, OBLIGACIONES Y SANCIONES

Artículo 28. 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 29. Son obligaciones de las personas beneficiarias, las siguientes:

- I. Acreditar que es madre, padre, persona tutora y/o persona cuidadora de la niña, niño o adolescente con cáncer, atendido en el Hospital Infantil o en alguna de las Instancias de Salud;
- II. Acreditar que es mujer michoacana de 18 a 59 años 11 meses de edad que residan en municipios o localidades indígenas o afromexicanas y de 18 a 62 años 11 meses de edad, que residan en municipios que no son indígenas, ni afromexicanas con cáncer de mama y/o cáncer cervicouterino invasor, en tratamiento o en seguimiento hasta por dos años, atendidas en el CEAO o en 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 al 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 seis meses, el cual deberá acreditar el estado actual y en su caso contener, sin excepción alguna, la fecha de inicio de seguimiento, lo anterior, con la finalidad de probar la concordancia con la temporalidad del seguimiento establecido en el presente Programa;
- VIII. Notificar su cambio de domicilio o ausencia temporal, de manera inmediata a la Subdirección, personalmente o a través de su madre, padre, , tutor o persona cuidadora para el caso de niñas, niños o adolescentes y de su persona auxiliar para el caso de las mujeres con cáncer;
- IX. Madres, padres, personas tutoras y/o personas cuidadoras, deberán notificar de manera inmediata a la Subdirección, si la persona beneficiaria fallece. Además, deberán presentar el acta y/o certificado de defunción, emitido por la autoridad competente que certifique el fallecimiento.

Cuando la madre, padre, personas tutoras y/o personas cuidadoras, tenga conocimiento de la defunción de la persona beneficiaria, pero no cuente con el acta y/o certificado de defunción; podrá realizar un escrito libre en el que notifique a la Secretaría, la fecha de la defunción y el motivo por el cual no se tiene el o los documentos citados, el escrito deberá contar con la firma de dos testigos.

En caso de que la persona beneficiaria, se encuentre con estatus de defunción, ninguno de sus familiares ni la persona auxiliar, en su caso, podrán solicitar la emisión de pagos de bimestres de ejercicios fiscales previos a la fecha en que ocurrió la defunción. Asimismo, no podrán solicitar la emisión de pagos del apoyo posterior a la fecha en que ocurrió el fallecimiento; y,

- X. Las demás que se establezcan en el Programa.

Artículo 30. 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 29 del Programa;
- II. Presentar documentos apócrifos o proporcionar información falsa; lo anterior, con independencia de las consecuencias en que tengan que afrontar, 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;

- 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; y,
- V. El abandono del tratamiento, por parte de la persona beneficiaria del Programa.

Artículo 31. En caso de que las personas servidoras públicas, 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 sancionadas, conforme a lo establecido en la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Michoacán de Ocampo, y demás normas aplicables.

CAPÍTULO VII DE LA MECÁNICA Y GASTOS DE OPERACIÓN

Artículo 32. 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 y en caso de que la persona 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;
- VIII. **Entrega de apoyos.** La Secretaría, a través de la Dirección, entregará los apoyos a través de una institución bancaria, mediante transferencia electrónica con periodicidad mensual;
- La modalidad de pago de cheque quedará reservada única y exclusivamente para pago del pago de marcha y para aquellos casos excepcionales que estén debidamente justificados; y,
- IX. **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 33. 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 VIII DE LA COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Artículo 34. 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 llevarse a cabo en el marco de las disposiciones del Programa y de las normas aplicables.

Artículo 35. 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 36. 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 IX
DE LA DELIMITACIÓN DE ATRIBUCIONES

Artículo 37. 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 38. 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 X
DE LA TRANSPARENCIA,
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Artículo 39. 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 40. 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 41. 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 niñas, niños y adolescentes con cáncer, mediante el otorgamiento de un apoyo económico.	Porcentaje de permanencia en el tratamiento o seguimiento médico de niñas, niños y adolescentes con cáncer y mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en instancias de salud pública.	A= Porcentaje de permanencia en el tratamiento o seguimiento médico de niñas, niños y adolescentes con cáncer y mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidos en instituciones de salud pública. B= Total de niñas, niños y adolescentes 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, niños y adolescentes con cáncer + total de mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino, atendidas en instituciones de salud pública.	$A=(B/C) * 100$	Registros Administrativos de la Unidad Responsable.

<p>Componente</p>	<p>Entrega de apoyos económicos convencionales y de pago de marcha para familias cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con cáncer.</p>	<p>Porcentaje de apoyos entregados a familias cuidadoras niñas, niños y adolescentes con cáncer.</p>	<p>A= Porcentaje de apoyos entregados a las familias cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con cáncer. B= Total de apoyos entregados a las familias cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con cáncer. C= Total de apoyos a las familias cuidadoras de niñas, niños y adolescentes con cáncer.</p>	<p>A=(B/C) *100</p>	<p>Registros Administrativos de la Unidad Responsable</p>
<p>Componente</p>	<p>Entrega de apoyos económicos convencionales y de pago de marcha a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.</p>	<p>Porcentaje de apoyos entregados a mujeres con cáncer de mama y/o cervicouterino invasor.</p>	<p>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.</p>	<p>A=(B/C) *100</p>	<p>Registros Administrativos de la Unidad Responsable</p>

Artículo 42. 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.

Artículo 43. 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 44. 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 45. La Secretaría promoverá la participación de las personas beneficiarias del Programa, a fin de establecer las bases, conforme a las cuales se operará y dará seguimiento a las acciones de Contraloría Social, en las que se impulsará la participación activa de las personas beneficiarias para el seguimiento, supervisión y vigilancia del cumplimiento de las metas y acciones comprometidas, así como de la correcta aplicación de los recursos públicos asignados al Programa.

Asimismo, la Secretaría deberá solicitar, al inicio y durante la operación del Programa, el apoyo de la Secretaría de Contraloría para la promoción y establecimiento de la Contraloría Social, conforme a la operación del Programa, para la capacitación en la materia, a las personas servidoras públicas responsables de la ejecución, así como a las personas beneficiarias para el buen desempeño de sus funciones; lo anterior, es de observancia obligatoria para la instancia ejecutora estatal a cargo del Programa.

Artículo 46. 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 seguimiento médico hasta por tres años para el caso de la modalidad A y dos años para la modalidad B, señaladas en el artículo 14 de este Programa, 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 47. 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 número 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 las personas servidoras públicas 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 XI DE LA INTERPRETACIÓN Y DATOS PERSONALES

Artículo 48. 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 49. 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 2025, y en tanto no se modifique u abrogue podrá ser aplicado para los siguientes ejercicios fiscales según la suficiencia presupuestaria correspondiente.

Tercero. La cobertura por edad en la modalidad B señalada en el Artículo 14 fracción II, del presente Programa, se acotará conforme a los criterios de elegibilidad y acceso establecidos en el Programa Federal Pensión Mujeres Bienestar, y deberá atender a lo establecido en las reformas federales de accesibilidad universal, con el objeto de evitar duplicidad en la entrega de apoyos, sin afectar el principio de progresividad de los derechos humanos ni constituir un acto de discriminación en perjuicio de las mujeres beneficiarias.

Cuarto. Se abroga 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, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, Tomo CLXXXII, Décima Tercera Sección, Número 60, de fecha 29 de marzo de 2023 y las demás disposiciones administrativas que se opongán al presente Programa.

Morelia, Michoacán de Ocampo, a 27 de junio de 2025.

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)

ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL BIENESTAR
(Firmado)



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

MODALIDAD A. Familias Cuidadoras de Niñas y Niños con Cáncer.

SECRETARÍA DEL BIENESTAR

SOLICITUD A ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ

Folio:	
Fecha:	DD / MM / AAAA

Ingreso al programa Pago de marcha Otro: _____

Datos de la madre, padre, persona tutora 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 la niña o niño

MADRE, PADRE	Credencial de elector de la persona responsable	ADOPCIÓN	Credencial de elector de la persona responsable
ABUELO, TÍO.	Acta de nacimiento de la persona beneficiaria		Sentencia
HERMANO (+18)	Acta de nacimiento de la hija/o		Acta de adopción
CASA HOGAR A.C.	Credencial de elector de la persona responsable	TUTOR	Credencial de elector de la persona responsable
	Constancia de la niña/o en desamparo		Sentencia y/o acta de la persona tutora

Nombre de la persona responsable

Primer Apellido, Segundo Apellido, Nombre(s)

Fecha de nacimiento:	DD / MM / AAAA	Sexo	F / M	¿Estudia?	SI / NO
	CURP			Nivel académico	

Datos generales:

Fecha de diagnóstico:	DD / MM / AAAA	Fecha de inicio de To/Seg:	DD / MM / AAAA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 CHARO IMSS	Hospital	Estado del paciente:	No. Expediente del Hospital
HOSPITAL INFANTIL EVA SÁMMANO DE LÓPEZ MATEOS		Seguimiento	
HOSPITAL REGIONAL DE MORELIA ISSSTE		Defunción	Fecha:

OTRO _____



Secretaría del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
 CIUDADANAS 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	Observaciones
	Apoyo en el traslado	
	Apoyo para medicamentos	
	Complemento de ingreso económico	
	Apoyo para alimentos	

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. Mismos que se utilizarán para operar el "PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS CIUDADANAS 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".

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA MADRE,
 PADRE, PERSONA TUTORA O PERSONA
 CUIDADORA



**Secretaría
 del Bienestar**
 GOBIERNO DE MICHOACÁN



**Gobierno
 de Michoacán**
 HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CIUDADANAS 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, a ____ de _____ de ____

ASUNTO: CARTA BAJO PROTESTA

ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL BIENESTAR DEL ESTADO DE MICHOACÁN
P R E S E N T E.

Por medio de la presente yo C. Nombre de la madre, padre o persona tutora 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, PERSONA TUTORA 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 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:	NOMBRE DE INSTITUCION MEDICA	Mes y Año:	
Nombre del beneficiario:			
Nombre de la niña, niño o adolescente:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER	\$ - , .00	
TOTAL:		\$ - , .00	

RECIBÍ BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DE LA PERSONA
BENEFICIARIA

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:	NOMBRE DE LA INSTITUCION MEDICA	Mes y Año:	
Nombre de la persona beneficiaria:			
Nombre de la niña, niño o adolescente:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS DE NIÑAS Y NIÑOS CON CÁNCER	\$ - , .00	
TOTAL:		\$ - , .00	

RECIBÍ BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE
CONFORMIDAD DE LA
PERSONA BENEFICIARIA

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
DEL ESTADO 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.

ESCRITO LIBRE

ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ
TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR
PRESENTE.

Quien suscribe, C. _____, habitante del
municipio de _____ del Estado de Michoacán, 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 () Seguimiento en
el Hospital _____, debido a que el apoyo
ayudara 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 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 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.

SOLICITUD A ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ

TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR

Folio:	
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		¿Pertenece a algún pueblo indígena?
				Estado civil		SI/NO
				Ocupación		
CURP						
Numero de hijas/os de 0 a 17 años 11 meses de edad:						

Datos de contacto:					
Calle:				No. ext	No. Int
Colonia				C.P.	
Localidad		Municipio		Entidad	
Teléfono		Correo electrónico		¿Estudia?	SI / NO

Datos complementarios:									
¿Habla alguna lengua indígena?:	si	no	¿Cual?						
¿Pertenece a algún pueblo indígena?:	si	no	¿Cual?						
¿Qué tipo de discapacidad?:		¿Tienes alguna discapacidad?:						si	no
		Motriz		Auditiva		Visual		Psicosocial	
								Intelectual	

Datos generales:			
Fecha de reporte de patología:	DD / MM / AAAA	Fecha de inicio de Tto:	DD / MM / AAAA
		Fecha de inicio de Seg:	DD / MM / AAAA
Unidad Médica de la Secretaría de Salud		Estado de la persona paciente:	
CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN ONCOLOGICA		Tratamiento	
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUMERO 1 CHARO IMSS		Seguimiento	
HOSPITAL GENERAL DE ZAMORA NUMERO 4 ZAMORA IMSS		Defunción	Fecha:
HOSPITAL REGIONAL DE MORELIA ISSSTE		Diagnóstico	
OTRO _____			

Observaciones



del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CIUDADANAS 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, a ____ de _____ de _____

ASUNTO: CARTA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD.

ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ
SECRETARIA DEL BIENESTAR DEL ESTADO DE MICHOACÁN
P R E S E N T E.

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
 CIUDADANAS 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, 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 denominada: _____ ubicada en: _____ en _____

Morelia, Michoacán de Ocampo, se informa la 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, 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
- Cumplir 60 años de edad (en mujeres que residen en municipios o localidades indígenas o afroamericanos del Estado)
- Cumplir 63 años en mujeres que residen en municipios o localidades que no son indígenas ni afroamericanos del Estado).
- Cambio de residencia a otro estado
- Cumplimiento de Seguimiento de 2 años
- Abandono de tratamiento

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 DE GRUPOS PRIORITARIOS
	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA BENEFICIARIA
	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA AUXILIAR.
	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA ASESORA



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/O 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 de la persona beneficiaria:			
Nombre de la persona auxiliar:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y/O CERVICOUTERINO INVASOR	\$ 7,000.00	
TOTAL:	----- (----- ⁰⁰ / ₁₀₀ MN) -----	\$ 7,000.00	

RECIBÍ BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD
DE LA PERSONA BENEFICIARIA

FIRMA DE REPRESENTANTE DE LA
SECRETARIA 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 de la persona beneficiaria:			
Nombre de la persona auxiliar:			
Mensualidad	Descripción del beneficio:	Monto:	
	APOYO A MUJERES CON CÁNCER DE MAMA Y CERVICOUTERINO INVASOR	\$ 7,000.00	
TOTAL:	----- (----- ⁰⁰ / ₁₀₀ MN) -----	\$ 7,000.00	

RECIBÍ BENEFICIO
NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD
DE LA PERSONA BENEFICIARIA

FIRMA DE REPRESENTANTE DE LA
SECRETARIA DEL BIENESTAR



PROGRAMA PARA EL BIENESTAR DE FAMILIAS
CIUDADANAS 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, a ____ de _____ de _____.

ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ
TITULAR DE LA SECRETARÍA DEL BIENESTAR
PRESENTE.

La que suscribe, la C. _____ habitante del
municipio de: _____ del estado de Michoacán, 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 () , Seguimiento () , 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
CIUDADANAS 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 a _____ de _____ de 202_..

ANDREA JANET SERNA HERNÁNDEZ
TITULAR DE LA SECRETARIA DEL BIENESTAR
PRESENTE.

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 202_..

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

BENEFICIARIA

AUXILIAR

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA BENEFICIARIA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA AUXILIAR

PERSONAL DE LA SECRETARIA DEL BIENESTAR

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA



Secretaría
del Bienestar
GOBIERNO DE MICHOACÁN



Gobierno
de Michoacán
HONESTIDAD Y TRABAJO