



# PERIODICO OFICIAL

## DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE GUANAJUATO

Fundado el 14 de Enero de 1877

Registrado en la Administración de Correos el 1o. de Marzo de 1924

AÑO CVIII  
TOMO CLIX

GUANAJUATO, GTO., A 31 DE DICIEMBRE DEL 2021

NUMERO 261

### SÉPTIMA PARTE

#### SUMARIO:

##### SECRETARÍA DEL MIGRANTE Y ENLACE INTERNACIONAL

REGLAS de Operación del Programa Apoyo Sin Fronteras para el Ejercicio Fiscal de 2022; así como sus anexos..... 3

##### SECRETARÍA DE SALUD DE GUANAJUATO

REGLAS de Operación del Programa Mi Hospital Cercano para el Ejercicio Fiscal de 2022, así como sus anexos..... 17

REGLAS de Operación del Programa Cuidando Mi Trasplante para el Ejercicio Fiscal 2022, así como sus anexos..... 58

REGLAS de Operación del Programa Calidad de Vida para Nuestras Heroínas para el Ejercicio Fiscal 2022, así como sus anexos..... 81

LINEAMIENTOS del Programa «Prevención de Adicciones en Jóvenes “Planet Youth” Guanajuato» para el Ejercicio Fiscal de 2022..... 117

##### SECRETARÍA DE DESARROLLO ECONÓMICO SUSTENTABLE

REGLAS de Operación del Programa “GTO ME ATRAE” (Q0319) para el Ejercicio Fiscal 2022. así como sus anexos..... 124

REGLAS de Operación del Programa «Fortalecimiento a Centros de Abasto “Mi plaza” del Programa Modernización de los Centros de Abasto Q0328» para el Ejercicio Fiscal de 2022; así como sus anexos..... 150

REGLAS de Operación para la Generación de Infraestructura Industrial y Naves Impulsoras de Empleo para el Ejercicio Fiscal de 2022; así como sus anexos.....

**170**

## REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA CUIDANDO MI TRASPLANTE PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2022

Daniel Alberto Díaz Martínez, Secretario y Director General del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato del Estado de Guanajuato, con fundamento en lo establecido en los artículos 134 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 80 de la Constitución Política para el Estado de Guanajuato; 1, 2, 3, 6, 13, 14 y 15 del Decreto Gubernativo número 48, mediante el cual se crea el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 94, Tercera Parte, del 22 de noviembre de 1996; 1, 2, 3, 8, 16 y 17 del Decreto Gubernativo número 42, mediante el cual se reestructura la organización interna del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, publicado en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado número 50-B, novena parte del 25 de junio de 2001; 13 fracción V, 27, 49 y 54 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo para el Estado de Guanajuato; 29, 34 y Segundo Transitorio de la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2022; 9o., 10, 11, 15 y 15 bis de la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato; 78, sexies y 78, septies de la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los Municipios de Guanajuato; 26, fracción XV y 27, fracción XV de la Ley Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Guanajuato; y, en ejercicio de las facultades que me confieren los artículos 7 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y 7 del Reglamento Interior del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, minuta de la primera sesión extraordinaria de la Junta de Gobierno del Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, celebrada el 16 de diciembre de 2021, y

### CONSIDERANDO

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

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

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

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

Por otro lado, y de acuerdo a lo evaluado por la Asociación Civil Gestión Social y Cooperación, (IDES, GESOC, A.C.<sup>1</sup>), Guanajuato se ha desempeñado como uno de los estados que cuentan con el mejor Índice de Capacidades para el Desarrollo Social, ya que ha desarrollado un crecimiento significativo en el ranking nacional, gracias al trabajo arduo en elementos como la planeación para el mediano y largo plazo, en la incorporación de mecanismos de participación ciudadana, y en el monitoreo y evaluación de programas sociales, llegando incluso a alcanzar el primer lugar nacional por segundo año consecutivo en la gestión eficiente de programas y acciones estatales de desarrollo social. Lo cual indica que Guanajuato es referente nacional en su política social, ya que se tienen resultados importantes en la población con carencia por calidad y espacio de la vivienda que disminuyó considerablemente en más de 183 mil personas pasando de un 9.1% a un 5.9% y también se disminuyó en este mismo periodo la carencia por acceso a los servicios

<sup>1</sup> <https://www.ides.gesoc.org.mx/downloads/2019/Resumen%20Ejecutivo.pdf>  
<https://www.ides.gesoc.org.mx/downloads/2020/Reporte%20General%20IDES%202020.pdf>

básicos en la vivienda un 11.9% a 10.5%, es decir, poco más de 77 mil personas (Medición de la pobreza en México 2018-2020, CONEVAL). En cuanto al índice de rezago social, en el ranking nacional Guanajuato avanzó en cinco posiciones, pasando de un indicador de rezago social medio a bajo, lo que representa una mejora en el 91% de sus indicadores. De igual manera, el índice de marginación ha mejorado en treinta y dos municipios del estado y los catorce restantes no han tenido retroceso, por lo que actualmente ningún municipio se encuentra con índice de muy alto grado de marginación.

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

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

### CONTEXTO DEL PROGRAMA

Todo ello nos lleva a replantearnos la importancia de contar con reglas de operación que nos hagan una plataforma de igualdad de oportunidades para los grupos vulnerables, con una visión amplia e integral de desarrollo, donde se garanticen sus derechos humanos.

Bajo este contexto, y acorde con el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Guanajuato 2040, objetivo Específico 1.1.2. otorgar servicios de salud oportunos, con altos estándares de calidad y seguridad para las y los pacientes; aunado a lo señalado en el Programa de Gobierno 2018-2024 que señala en la dimensión desarrollo humano y social, línea estratégica: consolidación del acceso a derechos y oportunidades de desarrollo de los habitantes del Estado con enfoque integral e incluyente, objetivo 2.6: garantizar el acceso a la atención médica de calidad para la población sin seguridad social del estado de Guanajuato; y en consistencia con lo descrito en el Programa Sectorial Desarrollo Humano y Social 2019 – 2024, línea estratégica 2.6. Acceso a la atención médica de calidad. Objetivo 2.6.4 Consolidar la oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud en las unidades médicas, línea de acción 2.6.4.3 Fortalecer los programas intra – hospitalarios de donación de órganos y unidades de sangre captadas. A partir de este marco de referencia, la Secretaría de Salud e Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, desde elaboraron un trabajo interno aplicando la metodología de análisis lógico, cuyo resultado define como fin "incremento de la cobertura de los servicios de salud". Lo anterior será posible a través del Programa "Cuidando Mi Trasplante", cuyo propósito es la atención a personas de zonas de atención prioritaria con trasplante de órgano sólido, durante el primer año de su cirugía, siendo el componente principal la entrega de apoyos de medicamento inmunosupresor.

Bajo el esquema del seguro de salud público y voluntario, actualmente no existe financiamiento para la inmunosupresión de los pacientes trasplantados de órganos, por lo que el paciente tiene que conseguir su terapia inmunosupresora por cuenta propia, la cual su costo oscila entre los \$16,382.44 hasta los \$24,352.33 pesos mensuales dependiendo del esquema. Para conseguirlo pierden su patrimonio, piden apoyo al DIF o recurren al mercado negro.

Mediante el apoyo de medicamento inmunosupresor para pacientes trasplantados de órgano sólido, éstos podrán reincorporarse a la vida productiva y ser autosuficientes, ya que el medicamento contribuye a la disminución del rechazo del órgano trasplantado en los pacientes logrando no regresar a la insuficiencia orgánica de origen y evitando el empobrecimiento familiar por motivos de salud.

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

### ACUERDO

**Artículo Único.** Se expiden las Reglas de Operación del Programa "Cuidando Mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal de 2022, para quedar en los siguientes términos:

#### REGLAS DE OPERACIÓN DEL PROGRAMA "CUIDANDO MI TRASPLANTE" PARA EL EJERCICIO FISCAL DE 2022

##### Objeto de las Reglas de Operación

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

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

- I. **Acciones afirmativas:** conjunto de medidas de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad de hecho entre mujeres y hombres, aplicables en tanto subsista la desigualdad de trato y oportunidades. Estas medidas no se considerarán discriminatorias. Que considere agregar este concepto si el programa realiza acciones afirmativas, si no las realiza las deberá eliminar;
- II. **Cohesión social:** conjunto de procesos sociales que generan y fortalecen en las personas un sentido de confianza y pertenencia a una comunidad;
- III. **CETRA:** Centro Estatal de Trasplantes;
- IV. **Contraloría Social:** participación de las personas beneficiarias de los programas sociales estatales, ya sea de forma organizada o independiente, en la vigilancia, seguimiento y evaluación de dichos programas, el cumplimiento de las metas y acciones comprometidas, la correcta aplicación de los recursos asignados, así como el adecuado actuar de los servidores públicos responsables de los mismos;
- V. **Derechos Humanos:** Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana, cuya realización efectiva resulta indispensable para el desarrollo integral de la persona. Este conjunto de prerrogativas se encuentra establecido dentro del orden jurídico nacional, en nuestra Constitución Política, tratados internacionales y las leyes;
- VI. **Ejecutor:** Centro Estatal de Trasplantes;
- VII. **Estado:** el Estado Libre y Soberano de Guanajuato;
- VIII. **Gratuidad:** el mecanismo mediante el cual el Estado garantiza el tratamiento sin desembolso económico por el paciente o sus familiares;
- IX. **HGI:** Hospital General Irapuato;
- X. **HEPL:** Hospital de Especialidades Pediátrico de León;
- XI. **HRAEB:** Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío;
- XII. **HGL:** Hospital General León;
- XIII. **ISAPEG:** Secretaría de Salud e Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato;
- XIV. **Ley:** Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2022;
- XV. **Medicamento inmunosupresor:** sustancia que atenúa o evita una respuesta inmunitaria, fármaco utilizado para evitar el rechazo del trasplante
- XVI. **Metas programadas:** Se refiere a los resultados esperados y su cuantificación en términos de entregables, apoyos, bienes o servicios que se espera o estima alcanzar en el ejercicio fiscal correspondiente para el cumplimiento de los objetivos del proyecto o programa, las cuales pueden estar sujetas a ajustes en el transcurso del ejercicio fiscal con base en la normatividad aplicable;
- XVII. **Perspectiva de Género:** visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres, que propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad, la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades, para acceder al desarrollo social y la representación en los ámbitos de toma de decisiones;
- XVIII. **Persona a Beneficiar:** Persona física que recibirá el o los apoyos del Programa Cuidando Mi Trasplante a través de los componentes que oferta el Programa;
- XIX. **Programa:** Programa Cuidando Mi Trasplante para el Ejercicio Fiscal de 2022;
- XX. **Reglamento:** Reglamento de la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato en Materia de Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales Estatales;
- XXI. **Reglas de Operación:** las Reglas de Operación del Programa Cuidando Mi Trasplante para el Ejercicio Fiscal de 2022;
- XXII. **Secretaría:** la Secretaría de Desarrollo Social y Humano;
- XXIII. **SFLyA:** Secretaría de Finanzas, Inversión y Administración;
- XXIV. **STyRC:** Secretaría de la Transparencia y Rendición de Cuentas
- XXV. **Personas beneficiarias:** aquellas receptoras de los apoyos provenientes del Programa "Cuidando Mi Trasplante";
- XXVI. **Tejido Social:** el grupo de mujeres y hombres que comparten origen, cultura o espacio y que se interrelacionan voluntariamente conformando una sociedad mediante reglas formales e informales; y

**XXVII. Zonas de atención prioritaria:** son los territorios o localidades urbanas o rurales definidas por la Secretaría, de conformidad con lo establecido por la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato.

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

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

#### **Diseño del programa**

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

La Metodología de Marco Lógico del Programa debe ser revisada, actualizada y difundida por el medio que disponga la Secretaría de Desarrollo Social y Humano. **Anexo I**

El impacto esperado del Programa "Cuidando Mi Trasplante" es único en su tipo y genera un elevado impacto social, ya que los pacientes trasplantados sin derechohabiencia no cuentan con los recursos para adquirir, los medicamentos inmunosupresores requeridos para incrementar la posibilidad de aceptación del órgano trasplantado. En este sentido, facilitar el acceso a una terapia inmunosupresora, contribuye a evitar el empobrecimiento familiar por motivos de salud, y al mismo tiempo permite elevar la calidad y esperanza de vida del paciente trasplantado.

El Programa tiene el propósito de que los pacientes trasplantados del estado de Guanajuato sin derechohabiencia cuenten con acceso a terapia inmunosupresora:

- I. Contribuir a la disminución del rechazo del órgano trasplantado en los pacientes atendidos por el ISAPEG; y
- II. Asegurar que el recurso público se ejerza eficaz, eficiente, transparente y honestamente.

El programa posee los siguientes componentes:

Otorgamiento de apoyos a pacientes trasplantados consistentes en el suministro de medicamento inmunosupresor durante un año a partir de su fecha de trasplante para evitar el rechazo del injerto.

Evaluación de procesos de la intervención gubernamental realizada para mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes trasplantados con el suministro de medicamento inmunosupresor de manera gratuita.

Los componentes mencionados se desarrollan a través de las siguientes acciones:

1. Adquisición de los medicamentos inmunosupresores.
2. Conformación de expedientes médico-administrativos de los pacientes trasplantados.
3. Identificar a los pacientes trasplantados que necesitan el medicamento inmunosupresor.

#### **Objetivo general del Programa**

Artículo 4. El Programa tiene por objetivo general mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas trasplantadas.

#### **Objetivos específicos del Programa**

Artículo 5. Son objetivos específicos del Programa:

- I. Contribuir a la disminución del rechazo del órgano trasplantado en los pacientes atendidos por el ISAPEG; y
- II. Asegurar que el recurso público se ejerza eficaz, eficiente, transparente y honestamente.

#### **Población potencial**

Artículo 6. La población potencial del Programa son las personas que se encuentran en lista de espera para un trasplante de un órgano sólido y sean trasplantadas en el estado de Guanajuato sin derechohabiencia en los sistemas de seguridad social. En el hospital de Alta Especialidad del Bajío se encuentran registrados en lista de espera 251 personas y Hospital de Especialidades Pediátrico de León se encuentran 2 personas. En nuestra población potencial se encuentran considerados un total de 253.

**Población objetivo**

Artículo 7. La población objetivo del Programa son las personas trasplantadas de órgano sólido en el estado de Guanajuato específicamente en el Hospital General León, Hospital General Irapuato, Hospital de Especialidades Pediátrico de León y del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, de cualquier sexo y edad, que no cuenten con alguna derechohabencia social. Esta población se estima en 117 personas al año (de acuerdo a promedio de estadísticas en trasplante del estado de Guanajuato de los últimos 5 años).

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

Artículo 8. La población beneficiada directamente por el Programa es la población trasplantada de órgano sólido del estado de Guanajuato que demuestre no tener una forma de conseguir el medicamento inmunosupresor y que cumplan con lo señalado en las presentes Reglas de Operación, se estima en 90 personas totales, provenientes de cualquier municipio del estado de Guanajuato.

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

**Responsable del Programa**

Artículo 9. El ISAPEG, a través del CETRA es la unidad administrativa responsable de la ejecución del Programa.

El CETRA es la unidad administrativa responsable de resguardar, custodiar y archivar toda la información y la documentación original comprobatoria del Programa

La unidad administrativa responsable del Programa debe procesar la información distinguiendo a las personas que resulten beneficiarias del mismo en razón de sexo y edad, así como garantizar la protección de los derechos en materia de protección de datos personales en posesión de los sujetos obligados, en los términos de las disposiciones normativas aplicables, en el caso de niñas, niños y adolescentes.

**Tipos de apoyos**

Artículo 10. El Programa oferta los siguientes tipos de apoyos: entrega de esquema de inmunosupresores, consistente en cualquiera de los siguientes medicamentos individuales o en combinación:

- I. Tacrolimus de 1mg;
- II. Ácido micofenólico de 360mg;
- III. Ciclosporina de 100 mg/ml; y
- IV. Valganciclovir comprimidos de 450mg.

El medicamento Valganciclovir se entregará a pacientes preferentemente con carga viral positiva para CMV con manifestaciones de la enfermedad o con alto riesgo inmunológico para el desarrollo de citomegalovirus, debidamente justificado por su médico tratante.

El Programa tendrá cobertura de un año para pacientes trasplantados en 2022: con medicamento inmunosupresor, contado a partir de la fecha de su trasplante o partir de la fecha de detección e ingreso al Programa (lo cual no podrá exceder 2 meses posteriores a la realización de su trasplante).

Una vez concluido el periodo de cobertura se dará de baja al beneficiario del Programa y se aplicará una evaluación del mismo. **Anexo VII**

**Metas programadas**

Artículo 11. El Programa tiene como meta:

- I. Otorgamiento de apoyos a pacientes trasplantados consistentes en el suministro de medicamento inmunosupresor durante un año contado a partir de su fecha de trasplante para evitar el rechazo del injerto;
- II. Otorgamiento de apoyos a 85 personas trasplantadas durante 2022, consistente en el suministro de medicamento inmunosupresor durante un año a partir de su trasplante para permitir durante este primer año (postrasplante) la recuperación del paciente y su reincorporación a la vida productiva, contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias por motivos de salud y para fomentar la sobrevivencia del paciente y del trasplante; y
- III. Evaluación de procesos de la intervención gubernamental realizada para mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes trasplantados con el suministro de medicamento inmunosupresor de manera gratuita

El número de personas beneficiarias podrá ser menor o mayor dependiendo del monto asignado o de los ajustes presupuestarios que se realicen al Programa durante su ejecución; asimismo depende del costo de los medicamentos al momento de la compra, y del costo total del esquema o consumo particular de fármacos por paciente apoyado por el Programa. El número total de personas beneficiarias se puede ver

modificada por un aumento o reducción en el número de trasplantes realizados en el Hospital General León, Hospital General Irapuato, Hospital de Especialidades Pediátrico de León y del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, situación independiente de las gestiones propias de la unidad administrativa operativa del Programa:

Las metas del Programa se cumplirán conforme a los recursos asignados a éste y de acuerdo a las solicitudes de apoyo recibidas; mismas que podrán estar sujetas a ajustes en el transcurso del ejercicio fiscal con base en la normatividad aplicable.

#### Requisitos y procedimientos de acceso

Artículo 12. Para acceder a los apoyos del Programa, tendrán que cumplir con los requisitos siguientes:

- I. Requisitos de acceso:
  - a) Residir en el Estado. Se acredita la residencia a través de copia fotostática de credencial de elector expedida por el Instituto Nacional Electoral, identificación oficial vigente;
  - b) CURP;
  - c) Comprobante de domicilio del mes en curso;
  - d) Solicitud de acceso al programa. **Anexo II** solicitud Impulso;
  - e) Cédula socioeconómica **Anexo III** Cedula Impulso Formato de datos generales y socioeconómicos de la persona solicitante, disponible para su llenado en las oficinas del Centro Estatal de Trasplantes;
  - f) Presentar nota médica que especifique haber sido trasplantado en el Hospital General León, Hospital General Irapuato, Hospital de Especialidades Pediátrico de León y del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, de preferencia con el resumen de la evolución o estado actual;
  - g) Presentar receta médica con la descripción de su tratamiento inmunosupresor; Ser paciente con trasplante de órgano sólido sin derechohabiencia social; y
  - h) No contar con otra derechohabiencia de seguridad social (IMSS, ISSSTE); demostrándolo con carta de no derechohabiencia de estas instituciones.
- II. El procedimiento de acceso para otorgar el apoyo es el siguiente:
  - a) La documentación deberá presentarse en las oficinas del CETRA, ubicadas en Blvd. Juan Alonso de Torres 4725-A, colonia San José del Potrero, en León, Guanajuato, de 09:00 a 15:00 horas; o bien ser enviada al correo electrónico [cuidandomitrasplante@guanajuato.gob.mx](mailto:cuidandomitrasplante@guanajuato.gob.mx);
  - b) Una vez recibida la documentación de las personas candidatas para acceder al Programa, el personal de trabajo social del CETRA, realizará un expediente con la documentación mencionada en la primera parte del presente numeral. **Anexo IV**;
  - c) En caso que el Comité de Selección, determine el ingreso de un paciente al Programa se le citará en las oficinas del CETRA para su ingreso y apertura de su expediente físico en la Coordinación de Trabajo Social del CETRA, así como para hacer de su conocimiento las Reglas de Operación y firmar formato de ingreso al Programa. **Anexos V y VI**; y
  - d) A toda persona beneficiaria del Programa se le citará de manera mensual en las oficinas del CETRA, para hacer entrega del esquema mensual de su medicamento inmunosupresor **Anexo VI**.

La entrega de los requisitos señalados en el presente artículo, será en las oficinas del CETRA, ubicadas en Blvd. Juan Alonso de Torres 4725-A, colonia San José del Potrero, en León, Guanajuato, de 09:00 a 15:00 horas.

#### Mecanismos de elegibilidad

Artículo 13. Son criterios de elegibilidad del Programa:

- I. Ser mujer u hombre residente del estado de Guanajuato;
- II. Ser mayor de 1 día de vida y menor de 99 años; y



- III. No haber sido persona beneficiaria del "Programa Cuidando Mi Trasplante" en el Ejercicio Fiscal 2021.

#### **Programación presupuestal**

Artículo 14. El proyecto de inversión para la operación y ejecución del Programa corresponde al Q1241, «Programa Cuidando Mi Trasplante»; mismo que forma parte del programa presupuestario E012 «Atención Médica».

El monto del recurso aprobado para el Programa es de \$ 7,700,000.00 (Siete millones setecientos mil 00/100 M.N.)

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

#### **Métodos de comprobación del gasto**

Artículo 15. Son métodos de comprobación del gasto:

Este programa al constituir un apoyo en especie se comprobará a través de la firma de recibido de las personas beneficiarias.

La comprobación de ejercicio financiero se realizará en los términos de lo previsto en estas Reglas de Operación, la Ley para el Ejercicio y Control de los Recursos Públicos para el Estado y los Municipios de Guanajuato, así como los diversos Lineamientos Generales que establezca la SFlYA.

#### **Procedimiento para el reintegro de recursos**

Artículo 16. Los recursos se reintegrarán cuando, en el caso de que al cierre del ejercicio se determinen saldos no ejercidos en el Programa, por lo que se procederá a informar a la SFlYA, conforme a las disposiciones normativas aplicables para su posterior distribución.

#### **Derechos de las personas beneficiarias**

Artículo. 17. Son derechos de las personas beneficiarias

- I. A ser tratadas con dignidad, igualdad y respeto;
- II. A recibir orientación sobre los procedimientos de acceso a los apoyos o beneficios del Programa;
- III. A ser informadas sobre el estado que guardan sus peticiones;
- IV. A que se les notifique por escrito o a través de los medios electrónicos establecidos para la comunicación entre ambas partes, respecto de la resolución definitiva que recaiga a sus solicitudes;
- V. A recibir oportunamente los apoyos o beneficios del Programa cuando cumplan los requisitos establecidos y resulten seleccionadas de conformidad con los criterios aplicables;
- VI. A designar una persona autorizada que reciba, en su representación, los apoyos del Programa;
- VII. A ser escuchadas por las autoridades o personas servidoras públicas responsables del Programa cuando así lo soliciten;
- VIII. A contar con la asistencia de una persona traductora cuando no hablen el idioma español;
- IX. A que sus datos personales sean recabados y tratados en términos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato; y
- X. Los demás que se desprendan de estas Reglas de Operación.

Las personas interesadas tienen los mismos derechos de las personas beneficiarias, a excepción de los establecidos en las fracciones V y VI de este artículo.

#### **Obligaciones de las personas beneficiarias**

Artículo 18. Son obligaciones de las personas beneficiarias:

- I. Utilizar el apoyo del Programa para el objeto del mismo;
- II. Abstenerse de proporcionar documentación falsa;
- III. Proporcionar en tiempo y forma toda la información y documentación que sea necesaria de conformidad con estas Reglas de Operación;
- IV. Abstenerse de formular pretensiones ilegales, esgrimir hechos contrarios a la verdad o que atenten contra los derechos fundamentales de las personas;
- V. Tratar con respeto a las personas servidoras públicas que intervienen en el funcionamiento del Programa, así como a otras personas interesadas y beneficiarias;

- VI. Cuando se le requiera, identificarse ante el personal de los establecimientos autorizados para el canje de los apoyos del Programa, con identificación oficial a efecto de poder realizar el cobro de sus apoyos;
- VII. Informar al ISAPEG su aceptación o no, para recibir notificaciones por medios electrónicos, proporcionando previamente para ello, una cuenta de correo electrónico, aceptando que la notificación hecha por dicho medio, hará las veces de notificación personal, para todos los fines legales que impliquen;
- VIII. Entregar la receta médica reciente en original y copia, que le haya sido expedida por el médico tratante (de acuerdo a su última consulta médica) que describa el esquema de medicamento inmunosupresor;
- IX. Presentar copia de estudios de laboratorios recientes; al inicio del programa, a la mitad y al finalizar el periodo de apoyo;
- X. En caso de que el médico tratante indique algún cambio de esquema inmunosupresor, presentar nota médica o receta que avale dicha modificación;
- XI. Participar en las actividades de integración, promoción y difusión del Programa a los que sea convocado;
- XII. Informar de cualquier circunstancia que impida el ejercicio del apoyo otorgado; y
- XIII. Las demás que se desprendan de estas reglas de operación y del resto del marco jurídico aplicable.

#### **Perspectiva de Género**

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

#### **Derechos humanos, equidad, inclusión y diversidad social**

Artículo 20. El presente Programa garantiza que toda persona, tenga acceso al mismo, siempre y cuando, cumpla con los requisitos establecidos para ello en estas Reglas de Operación.

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

#### **Sanciones**

Artículo 21. En caso de incumplimiento a las obligaciones establecidas en las fracciones I y II del artículo 18 de las personas beneficiarias del Programa, se procederá conforme a lo siguiente:

No podrá ser susceptible de apoyo para este Programa para el siguiente ejercicio fiscal. (Se determinará por el monto del proyecto o la gravedad de la falta el tiempo de la sanción).

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

Tratándose de aquellos Programas en que se realicen a través de más de una ministración, toda vez que se haya detectado el incumplimiento de alguna de las fracciones I y II del artículo 18 se suspenderá la ministración del recurso.

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

#### **Mecanismos de exigibilidad**

Artículo 22. Se puede exigir el cumplimiento de los servicios o entrega de apoyos del Programa, en los siguientes casos:

- I. Cuando una persona solicitante cumpla con los requisitos y criterios para acceder a determinado derecho, garantizado por el Programa; y

- ii. Cuando la persona beneficiada, exija que se cumpla el Programa en tiempo y forma.

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

El escrito al que se refiere este artículo debe entregarse, dentro de los 10 días hábiles siguientes a que tenga conocimiento de las causas establecidas en las fracciones que anteceden, en las oficinas del CETRA ubicadas en Blvd. Juan Alonso de Torres 4725-A, colonia San José del Potrero, en León, Guanajuato.

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

#### **Participación social**

Artículo 23. El CETRA propiciará la participación de las personas beneficiarias en los procesos de seguimiento y vigilancia del cumplimiento del objeto y metas programadas, así como de la aplicación de los recursos públicos asignados al Programa.

#### **Mecanismos de articulación, coordinación y colaboración**

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

#### **De las Auditorías y Evaluación Gubernamental**

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

#### **Mecanismos de evaluación**

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

La gestión de la evaluación comenzará una vez que se haya ejecutado al menos el cincuenta por ciento de los recursos financieros asignados al mismo según lo publicado en la Ley del Presupuesto General de Egresos del Estado de Guanajuato para el Ejercicio Fiscal de 2022 o en su caso, según lo disponga el ISAPEG.

#### **Informe para la Gestión por Resultados**

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

#### **Monitoreo, evaluación e indicadores**

Artículo 28. Los procesos de monitoreo y procesos de evaluación, así como sus indicadores serán de conformidad a lo establecido en el Reglamento y en la Guía para la operación del monitoreo y evaluación de los programas sociales estatales.

#### **Publicación de informes de evaluación**

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

#### **Seguimiento a recomendaciones**

Artículo 30. La unidad administrativa responsable atenderá y dará seguimiento a los resultados y las recomendaciones de las evaluaciones, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 33 y 34 del Reglamento.

#### **Publicidad informativa**

Artículo 31. De conformidad con lo señalado en el artículo 20 de la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato, la publicidad e información relativa al Programa deberá identificarse perfectamente incluyendo la siguiente leyenda: *«Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.»*

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

#### **Transparencia**

Artículo 32. La unidad administrativa responsable debe cumplir con las disposiciones normativas de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales, de conformidad con la legislación de la materia.

La información relativa al Programa estará disponible para su consulta en la siguiente dirección: <https://portalsocial.guanajuato.gob.mx/programa-social/programa-cuidando-mi-trasplante>; así como en la página web de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato.

#### **Padrón Estatal de Beneficiarios**

Artículo 33. La unidad administrativa del ISAPEG que tenga a su cargo la operación del Programa integrará y actualizará el padrón de personas beneficiadas y lo remitirá a la Dirección General de Padrones Sociales de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano, en los tiempos y formas previstas en los lineamientos que para tal efecto se emitan por esta última, de conformidad con lo establecido en la Ley de Desarrollo Social y Humano para el Estado y los Municipios de Guanajuato, la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado y los Municipios de Guanajuato, así como los catálogos que emita la Dirección General de Padrones Sociales y demás normativa aplicable.

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

#### **Contraloría social**

Artículo 34. La promoción, difusión y operación de la contraloría social del presente programa, se realizará de conformidad con los Lineamientos para la Operación y Promoción de la Contraloría Social en los Programas Sociales Estatales y demás normatividad aplicable en la materia.

### **DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS**

#### **Procedimiento de Denuncias**

Artículo 35. Cualquier persona podrá solicitar asesoría o, en su caso, presentar denuncia por la probable comisión de faltas administrativas en la operación del Programa, ante el ISAPEG o ante el órgano Interno de Control del ISAPEG, a través de los siguientes medios:

- I. Ante el CETRA en Blvd. Juan Alonso de Torres 4725-A, colonia San José del Potrero, en León, Guanajuato, correo electrónico [transplantes@guanajuato.gob.mx](mailto:transplantes@guanajuato.gob.mx), teléfono 4777809020 extensión 1095; oficinales centrales del ISAPEG en Tamazuca 4, zona Centro, Guanajuato, teléfono 473 735 2700; y
- II. Ante el Órgano Interno de Control del ISAPEG, ubicado en Loma de la Chuparrosa número 1 y 2 carretera libre Guanajuato-Silao km 5.5, Guanajuato, Gto; cuyo titular es el C.P. Raúl López Torres, teléfono 4737335725.

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

#### **Formatos**

Artículo 36. Los formatos referidos y las presentes Reglas de Operación estarán disponibles en la siguiente liga: <https://portalsocial.guanajuato.gob.mx/programa-social/programa-cuidando-mi-trasplante> y <http://salud.guanajuato.gob.mx>.

#### **Aplicación imparcial de recursos públicos**

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

### **ARTÍCULOS TRANSITORIOS**

#### **Vigencia**

**Artículo Primero.** Las presentes Reglas de Operación tendrán vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022 previa publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Guanajuato.

**Acciones, procedimientos y procesos pendientes**

**Artículo Segundo.** Las acciones, los procedimientos y procesos del ejercicio fiscal de 2021 que se encuentren pendientes de concluir al momento de la entrada en vigencia de las presentes Reglas de Operación, se sujetarán a las disposiciones contenidas en las «Reglas de Operación del Programa Cuidando Mi Trasplante para el ejercicio fiscal de 2021».

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

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

Daniel Alberto Díez Martínez



Anexo I

Metodología de Marco Lógico del Programa Cuidando Mi Trasplante 2022

Nivel	Resumen narrativo	Indicadores			Medios de verificación	Supuestos
		Nombre	Metodo de calculo	Variables		
<b>Fin</b>	Contribuir a incrementar la calidad de vida y salud integral de los guanajuatenses mediante el acceso a terapia inmunosupresora para pacientes trasplantados	Porcentaje de pacientes trasplantados con acceso a medicamento inmunosupresor que no presentaron rechazo	(A/B)*100	A: Número total de pacientes trasplantados con acceso a medicamento. B: Número de pacientes trasplantados con acceso a medicamento que no presentaron rechazo	Registros administrativos del programa sobre la entrega de medicamentos inmunosupresores bases de datos del CETRA	Las pacientes trasplantados que fueron beneficiados con medicamento inmunosupresor siguen las recomendaciones sobre su tratamiento.
<b>Propósito</b>	Los pacientes trasplantados del estado de Guanajuato sin derechohabencia cuentan con acceso a terapia inmunosupresora	Porcentaje de pacientes trasplantados con acceso a medicamento inmunosupresor	(A/B)*100	A: Número total de pacientes trasplantados B: Número de pacientes trasplantados con acceso a terapia inmunosupresora	Registros administrativos del programa sobre la entrega de medicamentos inmunosupresores bases de datos del CETRA	Los pacientes trasplantados asisten con su receta médica en la fecha señalada por sus medicamentos inmunosupresores
<b>Componente</b>	Entrega de medicamentos inmunosupresores realizada	Porcentaje de medicamentos inmunosupresores entregados	(A/B)*100	A: Número total de medicamentos inmunosupresores B: Número de medicamentos inmunosupresores entregados	Registros administrativos del programa sobre la entrega de los medicamentos inmunosupresores. Bases de datos del CETRA	Los pacientes trasplantados asisten con su receta médica en la fecha señalada por sus medicamentos inmunosupresores
<b>Actividades</b>	A.3 Adquisición de los medicamentos inmunosupresores	Porcentaje de solicitudes de medicamentos inmunosupresores autorizada	(A/B)*100	A: Número de solicitudes de adquisición de medicamento realizadas B: Número de solicitudes de adquisición de medicamento autorizadas	Registros administrativos del programa sobre la identificación del paciente. Bases de datos del CETRA	Las áreas encargadas de dar continuidad a la solicitud de adquisición de medicamentos dan respuesta y atienden la solicitud en los plazos fijados en el procedimiento respectivo

	A.2 Conformación de expedientes médico-administrativos de los pacientes trasplantados	Porcentaje de expedientes médicos - administrativos de los pacientes trasplantados validados	$(A/B)*100$	A: Número de expedientes médico - administrativos entregados B: Número de expedientes médico - administrativos validados	Registros administrativos del programa sobre la identificación del paciente. Bases de datos del CETRA	El paciente trasplantado y/o responsable del mismo da seguimiento al proceso administrativo para que el ISAPEG integre el expediente
	A.1 Identificar a los pacientes trasplantados que necesitan el medicamento inmunosupresor	Porcentaje de pacientes trasplantados identificados	$(A/B)*100$	A: Número de pacientes trasplantados B: Número de pacientes trasplantados que necesitan el medicamento	Registros administrativos del programa sobre la identificación del paciente. Bases de datos del CETRA	Los pacientes trasplantados dan seguimiento a las convocatorias para ser beneficiarios del proyecto

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

**Anexo II  
Solicitud Impulso  
"Cuidando Mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal de 2022**

Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA): <input type="text"/>
Folio de la Tarjeta Impulso (opcional): <input type="text"/>

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE	
Nombre(s): <input type="text"/>	
Primer apellido: <input type="text"/>	Segundo Apellido: <input type="text"/>
Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
Sexo: M ( <input type="checkbox"/> ) H ( <input type="checkbox"/> )	Entidad de nacimiento: <input type="text"/>
CURP: <input type="text"/>	
RFC(opcional): <input type="text"/>	
Estado civil: Unión libre ( <input type="checkbox"/> ) Casada(o) ( <input type="checkbox"/> ) Separada(o) ( <input type="checkbox"/> ) Divorciada(o) ( <input type="checkbox"/> ) Viuda(o) ( <input type="checkbox"/> ) Soltera(o) ( <input type="checkbox"/> )	
Parentesco con Jefa(e) del hogar: Jefa(e) del hogar ( <input type="checkbox"/> ) Esposa(o) ( <input type="checkbox"/> ) Compañera(o) ( <input type="checkbox"/> ) Hija(o) ( <input type="checkbox"/> ) Nieta(o) ( <input type="checkbox"/> ) Nuera o yerno ( <input type="checkbox"/> ) Madre o padre ( <input type="checkbox"/> ) Suegra(o) ( <input type="checkbox"/> ) Otro parentesco ( <input type="checkbox"/> ) Sin parentesco ( <input type="checkbox"/> )	
¿Cuántas hijas e hijos tiene usted? Número de hijas <input type="text"/> Número de hijos <input type="text"/> No tengo hijas(os) ( <input type="checkbox"/> )	
De acuerdo con su cultura: ¿Usted pertenece a algún pueblo o comunidad indígena?: Si ( <input type="checkbox"/> ) ¿Cuál? <input type="text"/> No ( <input type="checkbox"/> ) ¿Usted habla alguna lengua indígena o dialecto? Si ( <input type="checkbox"/> ) ¿Cuál? <input type="text"/> No ( <input type="checkbox"/> )	
Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres y tradiciones, ¿Se considera afro mexicano(a) o afrodescendiente? Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )	
Por su situación actual, usted se considera: Migrante ( <input type="checkbox"/> ) Familiar de Migrante ( <input type="checkbox"/> ) Migrante en retorno ( <input type="checkbox"/> ) Migrante en tránsito ( <input type="checkbox"/> ) Ninguna de los anteriores ( <input type="checkbox"/> )	
¿Usted está interesada(o) en obtener la Tarjeta Impulso? Si ( <input type="checkbox"/> ) Ya cuento con Tarjeta ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )	
¿Usted autoriza que un servidor(a) público(a) lo contacte para tramitar la Tarjeta Impulso? Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )	

II. DATOS DE CONTACTO
Teléfono celular: <input type="text"/>
Correo electrónico: <input type="text"/>
Teléfono fijo (opcional): <input type="text"/>
Teléfono de recados (opcional): <input type="text"/>

III. DATOS DE PADRE, MADRE, TUTOR(A) O PERSONA ACOMPAÑANTE (en caso de aplicar)	
Parentesco con la persona solicitante: Padre( <input type="checkbox"/> ) Madre( <input type="checkbox"/> ) Tutor(a) legal( <input type="checkbox"/> ) Persona acompañante por alguna discapacidad ( <input type="checkbox"/> )	
Nombre(s): <input type="text"/>	
Primer apellido: <input type="text"/>	Segundo Apellido: <input type="text"/>
Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
Sexo: M ( <input type="checkbox"/> ) H ( <input type="checkbox"/> )	Entidad de nacimiento: <input type="text"/>
CURP: <input type="text"/>	
Teléfono celular: <input type="text"/>	
Correo electrónico: <input type="text"/>	

IV. DATOS DEL APOYO SOLICITADO
Descripción de la necesidad de la persona solicitante: <input type="text"/>
Costo estimado para atender la necesidad (opcional): <input type="text"/>

V. DATOS DE DOMICILIO		
Estado: <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>	
Localidad: <input type="text"/>	Código Postal: <input type="text"/>	
Colonia: <input type="text"/>		
Calle: <input type="text"/>	No. Exterior: <input type="text"/>	No. Interior: <input type="text"/>
Referencias: <input type="text"/>		



**Anexo III  
Cedula Impulso**

“Cuidando Mi Trasplante” para el Ejercicio Fiscal de 2022

Fecha de solicitud (DD/MM/AAAA): [ ]/[ ]/[ ]/[ ]			
Folio de la Tarjeta Impulso (opcional):			
<b>VI. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE</b>			
Nombre(s):			
Primer apellido:	Segundo Apellido:		
Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): [ ]/[ ]/[ ]/[ ]			
Edad:			
Sexo: M ( ) H ( )	Entidad de nacimiento:		
CURP: [ ]			
RFC(opcional): [ ]			
Estado civil: Unión libre ( ) Casada(o) ( ) Separada(o) ( ) Divorciada(o) ( ) Viuda(o) ( ) Soltera(o) ( )			
Parentesco con Jefa(e) del hogar: Jefa(e) del hogar ( ) Esposa(o) ( ) Compañera(o) ( ) Hija(o) ( ) Nieta(o) ( ) Nuera o yerno ( ) Madre o padre ( ) Suegra(o) ( ) Otro parentesco ( ) Sin parentesco ( )			
¿Cuántas hijas e hijos tiene usted? Número de hijas [ ] Número de hijos [ ] No tengo hijas(os) ( )			
<b>VII. DATOS DE CONTACTO</b>			
Teléfono celular: [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]			
Correo electrónico: @			
Teléfono fijo (opcional): [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]			
Teléfono de recados (opcional): [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]			
<b>VIII. DATOS DE PADRE, MADRE, TUTOR(A) O PERSONA ACOMPAÑANTE (en caso de aplicar)</b>			
Parentesco con la persona solicitante: Padre ( ) Madre ( ) Tutor(a) legal ( ) Persona acompañante por alguna discapacidad ( )			
Nombre(s):			
Primer apellido:	Segundo Apellido:		
Fecha de nacimiento(DD/MM/AAAA): [ ]			
Edad:			
Sexo: M ( ) H ( )	Entidad de nacimiento:		
CURP [ ]			
Teléfono celular: [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]			
Correo electrónico: @			
<b>IX. DATOS DE DOMICILIO</b>			
Estado:	Municipio:		
Localidad:	Código Postal:		
Colonia:			
Calle:	No. Exterior:	No. Interior:	
Referencias:			
<b>X. DATOS DEL HOGAR</b>			
1. ¿Cuántos hogares o grupos de personas tienen gastos separados para comer contando el de usted dentro de su vivienda?	[ ] [ ] [ ] [ ] Total de Hogares		
2. Incluyéndose usted, ¿Cuántas personas forman parte de su hogar?	[ ] [ ] [ ] [ ] Número de Mujeres	[ ] [ ] [ ] [ ] Número de Hombres	
3. Incluyéndose usted, ¿Hay personas menores de 18 años que forman parte de su hogar?	Si	1	
	No	2	
4. Incluyéndose usted, ¿Hay personas de 65 años o más que forman parte de su hogar?	Si	1	
	No	2	
5. La persona jefa de familia es:	Mujer ( )	Hombre ( )	
<b>XI. SALUD</b>			
6. ¿En qué institución está usted afiliado o inscrito o tiene acceso a atención médica: (Lea las opciones y cruce las respuestas afirmativas)			
Del Seguro Social IMSS?	1	Del INSABI (antes Seguro Popular) ?	6
Del IMSS facultativo para estudiantes?	2	De un seguro privado?	7
Del ISSSTE?	3	En otra institución?	8
Del ISSSTE estatal?	4	No tienen derecho a servicios médicos?	9
PEMEX, Defensa o Marina?	5		
7. ¿A usted o algún integrante de su hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico? (Lea las opciones y cruce las respuestas afirmativas. En caso de que ningún integrante haya sido diagnosticado, marque la opción 16)			
Artritis Reumatoide	1	Hipertensión arterial	9
Cáncer	2	Obesidad	10

Cirrosis Hepática	3	Adicción de ingestión de sustancias (Drogas)	11
Insuficiencia renal	4	Adicciones de la conducta (Juego, internet)	12
Diabetes Mellitus	5	Depresión	13
Cardiopatías	6	Ansiedad	14
Enfermedad Pulmonar Crónica	7	Trasplante de órganos	15
Deficiencia nutricional (desnutrición)	8	Ninguna	16

<b>8. En su vida diaria, ¿Usted o algún integrante del hogar tiene dificultad al realizar las siguientes actividades:</b> (Lea las opciones y cruce un código para cada opción)	<b>CÓDIGO PARA GRADO DE DIFICULTAD</b>			
	No tiene dificultad	Lo hace con poca dificultad	Lo hace con mucha dificultad	No puede hacerlo
Caminar, moverse, subir o bajar?	1	2	3	4
Ver, aun usando lentes?	1	2	3	4
Hablar, comunicarse o conversar?	1	2	3	4
Oír, aun usando aparato auditivo?	1	2	3	4
Vestirse, bañarse o comer?	1	2	3	4
Recordar, poner atención o aprender cosas sencillas?	1	2	3	4
mover o usar brazos o manos?	1	2	3	4
¿Usted o algún integrante del hogar tiene alguna limitación mental?	Si			1
	No			2

**XII. EDUCACIÓN**

<b>9. Actualmente ¿Usted asiste a la escuela? y ¿cuál es el último NIVEL Y GRADO que aprobó?</b> (Anote el código que corresponda a cada opción)			
Asiste <input type="checkbox"/>	Nivel <input type="checkbox"/>		Grado <input type="checkbox"/>
Si.....1	Kinder o preescolar.....1 Primaria.....2 Secundaria.....3 Preparatoria o bachillerato.....4 Normal básica.....5	Carrera técnica o comercial con primaria completa.....6 Carrera técnica o comercial con secundaria completa.....7 Carrera técnica o comercial con preparatoria completa.....8 Profesional.....9 Posgrado (maestría o doctorado).....10 Ninguno.....11	1 años.....1 2 años.....2 3 años.....3 4 años.....4 5 años.....5 6 años.....6

**XIII. INGRESOS**

<b>10. Durante la semana pasada ¿usted ...</b> (Lea las opciones y cruce una respuesta)			
Trabajó (por lo menos una hora)	1	Es pensionada(o) o jubilada(o)	4
Tenía trabajo, pero no trabajó	2	Es estudiante	5
Buscó trabajo	3	Se dedica a los quehaceres de su hogar	6
<b>11. ¿Alguien en su hogar le dieron las siguientes prestaciones por parte de su trabajo, aunque no las hayan utilizado?</b> (Lea las opciones y marque la o las prestaciones con las que cuentan)			
Incapacidad en caso de enfermedad, accidente o maternidad	1	SAR o AFORE	5
Aguinaldo	2	Seguro de vida	6
Crédito de vivienda	3	No tienen prestaciones provenientes de su trabajo	7
Guarderías y estancias infantiles	4		

<b>12. Durante el mes pasado, ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar?</b>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	Anote la cantidad en pesos
<b>13. ¿Cuál es la cantidad total mensual que recibe su hogar por pensión, jubilación o programas gubernamentales?</b>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	Anote la cantidad en pesos
<b>14. ¿En su hogar cuánto dinero proveniente de otros países recibe mensualmente?</b>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
	Anote la cantidad en dólares

**XIV. GASTO**

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

**XV. ALIMENTACIÓN**

<b>16. En los últimos tres meses, por falta de dinero o recursos ¿Alguna vez usted o algún integrante de su hogar... (Lea las opciones y cruce un código para cada opción)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
Tuvo una alimentación basada en muy poca variedad de alimentos?		1	0
Comió menos de lo que debía?		1	0
Tuvieron que disminuirle la cantidad servida en las comidas?		1	0
Sintió hambre pero no comió?		1	0
Se acostó con hambre?		1	0
Sólo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?		1	0
<b>XVI. VIVIENDA</b>			
<b>17. Incluyéndose usted ¿Cuántas personas viven normalmente en su vivienda, contando a las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad?</b>		[ ] [ ] Número de personas	
<b>18. ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda, contando la cocina? (No cuente ni pasillos ni baños)</b>		[ ] [ ] Número de cuartos	
<b>19. ¿La vivienda que habita es... (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
Propia y totalmente pagada con escrituras	1	Rentada o alquilada	5
Propia y totalmente pagada sin escrituras	2	Prestada o la está cuidando	6
Propia y la está pagando	3	Intestada o está en litigio	7
Propia y está hipotecada	4		
<b>20. ¿De qué material es la mayor parte del piso de su vivienda? (Lea las opciones y cruce un código)</b>		Cemento o firme	1
		Madera, mosaico u otro recubrimiento	2
		Tierra	3
<b>21. ¿De qué material es la mayor parte de las paredes o muros de su vivienda? (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
Tabique, ladrillo, cantera, cemento, concreto, block o piedra	1	Embarro o bajareque	5
Adobe	2	Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc)	6
Lámina de asbesto o metálica	3	Madera	7
Lámina de cartón	4	Carrizo, bambú o palma	8
<b>22. ¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda? (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
Losa de concreto o vigueta con bovedilla	1	Terrado con vigería	6
Lámina de asbesto	2	Madera o tejamanil	7
Lámina metálica	3	Material de desecho (cartón, hule, tela, llantas, etc)	8
Teja	4	Palma o paja	9
Lámina de cartón	5	Lámina de fibrocemento	10
<b>23. ¿En su vivienda tienen... (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
Agua entubada dentro de la vivienda?	1	Agua de pipa?	5
Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?	2	Agua de un pozo, río, lago, arroyo u otra?	6
Agua entubada de llave pública (o hidrante)?	3	Agua captada de lluvia u otro medio?	7
Agua entubada que acarrean de otra vivienda?	4	de otro lugar?	8
<b>24. ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a... (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
La red pública?	1	Una tubería que va a dar a una barranca o grieta?	4
Una fosa séptica?	2	Una tubería que va a dar a un río, lago o mar?	5
No tiene drenaje ni desagüe?	3	Biodigestor?	6
<b>25. En su vivienda ¿La luz eléctrica la obtienen... (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
Del servicio público?	1	De una planta particular?	4
No tienen luz eléctrica?	2	De panel solar?	5
De otra fuente?	3		
<b>26. ¿El combustible que más usan para cocinar es... (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
Gas de cilindro o tanque (estacionario)?	1	Gas natural o de tubería?	4
Leña o carbón con chimenea?	2	Electricidad?	5
Leña o carbón sin chimenea?	3	Otro combustible?	6
<b>27. ¿En esta vivienda tienen y funciona... (Lea las opciones y cruce un código para cada opción)</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
Refrigerador		1	0
Lavadora		1	0
Computadora, laptop o tablet		1	0

Estufa / parrilla de gas	1	0	
Calentador de agua o boiler (Gas, eléctrico o leña)	1	0	
Calentador de agua/ solar	1	0	
Televisión digital	1	0	
Internet	1	0	
Teléfono móvil o celular	1	0	
Tinaco	1	0	
<b>XVII. PERCEPCIÓN</b>			
<b>28. ¿En términos de delincuencia, considera que vivir en su colonia o localidad es... (Lea las opciones y cruce un código)</b>			
Seguro?	1	Inseguro?	2

**Anexo IV**  
**Carta de recepción de documentos que integran el expediente del paciente en el Programa**  
**“Cuidando Mi Trasplante” para el Ejercicio Fiscal de 2022**

León, Guanajuato a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

Mediante el presente, se hace constar que se reciben los siguientes documentos enunciados en el artículo 11 de las Reglas de Operación del Programa “Cuidando Mi Trasplante” para el Ejercicio Fiscal de 2022, del C. \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_, del estado de Guanajuato.

**Documentación:**

	Copia fotostática de credencial de elector expedida por el Instituto Nacional Electoral.
	Copia de CURP
	Copia de comprobante de domicilio reciente, no mayor a dos meses, o copia de comprobante de domicilio temporal, no mayor a dos meses.
	Copia de nota médica que especifique haber sido trasplantado en el ISAPEG o HRAEB.
	Carta de no derechohabencia (ISSSTE o IMSS)
	Original de receta médica reciente
	Original de laboratorios recientes

<b>Recibe</b>
<b>CETRA</b>

Los datos recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el banco de datos del Centro Estatal de Trasplantes de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato; de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Guanajuato y demás disposiciones aplicable

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

**Anexo V**  
**Carta de consentimiento de tratamiento de datos personales y datos personales sensibles**

**Programa Cuidando Mi Trasplante para el Ejercicio Fiscal de 2022.**

Presente:

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

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

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

Si autorizo

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del beneficiario / Tutor /Representante Legal

En caso de que sea representante legal, u ostente la tutoría o responsabilidad de un menor de edad, estado de interdicción o incapaz especifique el nombre del beneficiario del apoyo:

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

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

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

**Anexo VI  
Historial anual de entrega de medicamento inmunosupresor del Programa "Cuidando Mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal de 2022**

León, Guanajuato a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

No. Expediente: \_\_\_\_\_

Folio: \_\_\_\_\_

El que suscribe C. \_\_\_\_\_ señalando con domicilio en \_\_\_\_\_ del municipio \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ estado de Guanajuato. Quien se identifica con credencial de elector vigente (expedida por el Instituto Nacional Electoral), número \_\_\_\_\_. Hago constar mi compromiso para con el Centro Estatal de Trasplantes, de cumplir con los requisitos mensuales para la entrega del medicamento del Programa "Cuidando Mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal de 2022.

En caso de no poder acudir por dicho apoyo autorizo al C. \_\_\_\_\_ a quien señalo con parentesco: \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_ estado de Guanajuato. Identificado con Credencial de Elector vigente (expedida por el Instituto Nacional Electoral), número \_\_\_\_\_.

Mes _____	Registro ( )						
<b>Lugar y fecha de recepción:</b> León, Guanajuato a ____ de _____ de 2022							
<b>Receta médica:</b> HRAEB ( <input type="checkbox"/> ) HGI ( <input type="checkbox"/> ) HEPL ( <input type="checkbox"/> ) HGL ( <input type="checkbox"/> ) Expediente: _____							
Folio: _____ Fecha: DD/ MM/ AAAA Medico Firmante: _____							
<b>Medicamento inmunosupresor:</b>							
I. Ácido Micofenólico							
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____							
Presentación: Caja con 120 tabletas de 360mg. Laboratorio Novartis.							
II. Tacrolimus							
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____							
Presentación: Caja con 50 capsulas 1 mg. Laboratorio Janssen.							
III. Ciclosporina							
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____							
Presentación: frasco con 50 ml de 100mg/ml. Laboratorio _____							
IV. Valganciclovir							
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____							
Presentación: Frasco con 60 comprimidos de 450mg. Laboratorio Roche.							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Entrega</th> <th style="width: 50%;">Recibe</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"> </td> <td style="height: 40px;"> </td> </tr> <tr> <td align="center"><b>Nombre Completo y Firma</b></td> <td align="center"><b>CETRA</b></td> </tr> </table>		Entrega	Recibe			<b>Nombre Completo y Firma</b>	<b>CETRA</b>
Entrega	Recibe						
<b>Nombre Completo y Firma</b>	<b>CETRA</b>						

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

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

Anexo VII

**Carta evaluación del Programa "Cuidando Mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal de 2022.**

Su opinión es muy importante, por lo cual le solicitamos sea tan amable de responder el siguiente formato a fin de ofrecer mayor calidad en la atención a los beneficiarios del Programa "Cuidando Mi Trasplante".

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 Expediente: \_\_\_\_\_

¿Qué significa CETRA?  
 \_\_\_\_\_

¿Cuál es el objetivo del Programa?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Sabes en qué consisten los derechos y obligaciones como beneficiario del programa?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

A continuación menciónalos:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Qué medicamento inmunosupresor recibes?  
 \_\_\_\_\_

En relación a la entrega mensual del medicamento ¿Se respetó en tiempo y forma la entrega por parte del personal del CETRA?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál es tu opinión? \_\_\_\_\_

¿Qué aportaciones podrías hacer para mejorar el Programa?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron las principales problemáticas en tu caso para acudir a la cita de entrega de medicamento?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Conoces algunas de las sanciones por las que se puede cancelar el programa?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

A continuación menciónalas:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Cuál es su impresión general del programa?

<input type="radio"/>	Excelente
<input type="radio"/>	Buena
<input type="radio"/>	Mala



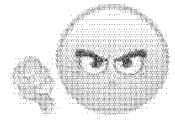
La atención recibida fue:



**EXCELENTE**



**BUENA**



**MALA**

Comentarios:

Felicitaciones:

**Atentamente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre Completo y Firma**



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

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