



PERIÓDICO OFICIAL



ORGANO DE DIFUSION OFICIAL DEL ESTADO
LIBRE Y SOBERANO DE CHIAPAS

SECRETARIA GENERAL DE GOBIERNO

Franqueo pagado, publicación periódica. Permiso núm. 005 1021
características: 114182816. Autorizado por SEPOMEX

Tomo III Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. miércoles, 27 de noviembre de 2024 379

INDICE

Publicaciones Estatales		Página
Decreto No. 017	Por el que el Pleno del Honorable Congreso del Estado, declara la falta definitiva de la Ciudadana Andrea Díaz Montoya, al cargo de Segunda Regidora Propietaria del Ayuntamiento Municipal de Comitán de Domínguez, Chiapas; y nombra para dicho cargo a la Ciudadana Estrella Yamileth Molina Guerra.	1
Pub. No. 6184-A-2024	Decreto por el que se autoriza la extinción del Fideicomiso de Inversión y Administración, denominado Fideicomiso para el Impulso de Programas Prioritarios en el estado de Chiapas (FIPRECH).	5
Pub. No. 6185-A-2024	Acuerdo mediante el cual se determina el nombre oficial de la Escuela Normal Experimental la Enseñanza E Ignacio Manuel Altamirano.	8
Pub. No. 6186-A-2024	Reglas de Operación del Programa "Cuidando mi Trasplante".	10
Pub. No. 6187-A-2024	Convocatoria a participar en la Licitación Pública Nacional Número IEPC/CAABMyCS/OA/LP010/2024, relativa a la Adquisición de Tarjetas de Despensa para el Personal Activo de la Rama Administrativa, del Servicio Profesional Electoral y Eventual del Instituto de Elecciones y Participación Ciudadana.	29
Pub. No. 6188-A-2024	Porcentajes de Recargos Estatales aplicables para el mes de DICIEMBRE del año 2024.	31
Avisos Judiciales y Generales		32



Publicación No. 6186-A-2024

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos. - Poder Ejecutivo del Estado de Chiapas.

Krystell Dávalos Barrientos, Directora General del Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas, con las facultades que le confieren los artículos 60 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas; 2, fracción I de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Chiapas, 6 fracción XV del Decreto por el que se Crea el Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas, y;

Considerando

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4, párrafo cuarto, garantiza el derecho que toda persona tiene a la protección de la salud, el cual implica una serie de obligaciones de los poderes públicos, en concordancia la Ley General de Salud, más allá de lo dispuesto en el artículo 4º Constitucional, establece claramente que los mexicanos que no cuenten con acceso a algún tipo de atención sanitaria, deberán ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud; de esta manera el Estado está obligado a proteger la posibilidad de acceder, en condiciones de igualdad, a los servicios de salud.

En su Título Décimo Cuarto la Ley General de Salud, regula las actividades de donación y trasplante; considerando el trasplante como una alternativa terapéutica ante una enfermedad terminal, que posibilita a los trasplantados a recuperar su calidad de vida, mientras obliga al gobierno de las entidades federativas a crear Centros de Trasplantes, para coadyuvar con el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), en el control y vigilancia de las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células de seres humanos.

En esa tesitura el 21 de mayo de 2014, se crea el Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas; el 08 de mayo de 2024, mediante Decreto publicado en el Periódico Oficial No. 345, Tomo III, el Gobierno del Estado amplía sus capacidades y lo faculta para contratar médicos especialistas para completar el protocolo de trasplante renal, asegurar el equipamiento médico para el diagnóstico de muerte encefálica en los hospitales con licencia para procuración de órganos, tejidos y células de seres humanos y el suministro gratuito de medicamento inmunosupresores a la población trasplantada a efecto de garantizar la sobrevivencia del injerto.

Conforme a lo antes expuesto y en concordancia con el artículo 77 Bis 1 de la Ley General de Salud y con las facultades otorgadas al Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas, (CETRA); se crea el programa "Cuidando mi Trasplante" fortaleciendo la estrategia del Gobierno Federal mediante la expansión de su capacidad operativa que converge para la creación del Sistema de Salud para el Bienestar; mismo que deberá sujetarse a las Reglas de Operación del Fondo para la Gestión Integral de Riesgos de Desastres (FOGIRD).

Por los fundamentos y consideraciones anteriores, tengo a bien emitir el siguiente Acuerdo por el que se expiden las:



Reglas de Operación del Programa “Cuidando mi Trasplante”

Capítulo I

De las Disposiciones Generales

Artículo 1.- El Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas, establece las Reglas de Operación del Programa “Cuidando mi Trasplante”, con el objeto de normar su ejecución eficiente, eficaz, equitativo y transparente; así como establecer el procedimiento para su solicitud y otorgamiento; mejorando así la calidad y esperanza de vida de los pacientes trasplantados.

Artículo 2.- Para los efectos de las presentes Reglas de Operación, se entenderá por:

I. CENATRA: Al Centro Nacional de Trasplantes.

II. CETRA: Al Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas.

III. COFEPRIS: Al Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios.

IV. Donador o Disponente: Al que tácita o expresamente consciente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, de sus órganos, tejidos y células, conforme a lo dispuesto por las disposiciones legales aplicables.

V. FOGIRD: Al Fondo para la Gestión Integral de Riesgos de Desastres.

VI. Injerto: Al tejido sano que se toma de una parte del cuerpo o de otra persona y que se usa para reemplazar tejido enfermo o lesionado extraído del cuerpo.

VII. Muerte Encefálica: A la Ausencia completa e irreversible de las funciones del sistema nervioso central (SNC), es decir, de los dos hemisferios cerebrales y del tronco del encéfalo.

VIII. Órgano: A la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes, que mantiene de modo autónomo su estructura, vascularización y capacidad de desarrollar funciones fisiológicas.

IX. Pacientes: A los beneficiarios del programa “Cuidando mi trasplante”.

X. Programa: Al Programa “Cuidando mi Trasplante”.

XI. Receptor: A aquella persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos.

XII. Tejido: A la agrupación de células especializadas que realizan una o más funciones.

XIII. Trasplante: A la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo.

Capítulo II

Del Programa “Cuidando mi Trasplante”

Artículo 3.- El Programa, busca coadyuvar con las instituciones de salud del Estado mediante la subcontratación de personal médico especializado y estudios de laboratorio, para el diagnóstico y



manejo oportuno de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas y/o autoinmunes, la cobertura de soporte vital mediante terapias sustitutivas, e inicio de protocolo de trasplante renal y de tejido corneal, así como; suministrar medicamentos inmunosupresores a pacientes trasplantados de un injerto renal o tejido corneal en el Estado de Chiapas.

Artículo 4.- La población objetivo beneficiaria de este programa serán personas que radiquen en el Estado de Chiapas y que presenten alguna de las características siguientes:

- I. Enfermedades crónico-degenerativas y/o autoinmunes.
- II. Aquellos que requieran soporte vital mediante terapias sustitutivas.
- III. Aquellos quienes su última opción de tratamiento sea un trasplante renal o de tejido corneal.
- IV. Los post-trasplantados que requieran medicamentos inmunosupresores para la sobrevivencia del injerto.
- V. En la implementación y operación del Programa se dará prioridad a la ciudadanía que habite en municipios con alto índice de rezago social y a integrantes de grupos históricamente discriminados, entre los cuales se encuentran los grupos indígenas y afroamericanos por autoadscripción.

Capítulo III De la Operación del Programa “Cuidando mi Trasplante”

Artículo 5.- Los criterios de elegibilidad y requisitos con los que deben cumplir los pacientes para ser beneficiarios del programa son los siguientes:

I. Criterios de elegibilidad:

- a) Radicar en el Estado de Chiapas.
- b) Contar con diagnóstico médico realizado por médico general y/o especialista que avale el padecimiento y/o la necesidad de ser tratado por otro especialista.
- c) Presentar resumen clínico que avale el padecimiento susceptible de ser tratado mediante trasplante.
- d) En el caso de solicitar ser beneficiario para el suministro de medicamentos inmunosupresores, anexo a lo anterior deberá presentar:
 1. Receta médica expedida con anterioridad, que contengan los requisitos establecidos por la COFEPRIS, para ser surtida, como son los datos del médico (Nombre completo, cédula profesional e institución de procedencia, especialistas el número de registro, domicilio y teléfono del consultorio, firma del médico y fecha de expedición de la receta) los datos del paciente (Nombre completo, edad o fecha de nacimiento, preferentemente anexar talla, peso y diagnóstico) y los datos del medicamento (Nombre genérico o denominación distintiva, gramaje, contenido y forma farmacéutica, dosis y frecuencia indicada, vía de administración, duración del tratamiento y si existen indicaciones adicionales al paciente).



II. Requisitos:

- a) Inscribirse en las oficinas del CETRA, sito en Boulevard Andrés Serra Rojas número 1090, Anexo A, piso 3, Torre Chiapas, en Tuxtla Gutiérrez; Chiapas.
- b) Presentarse con identificación oficial vigente con fotografía, legible de ambos lados.
- c) Comprobante de domicilio actual, como recibo de luz, de agua, predial o en su caso de autoridad local en la que se valide la residencia del paciente no mayor a 3 (tres) meses de ser expedido.
- d) Clave Única de Registro de Población (CURP).
- e) Copia de acta de nacimiento y original para cotejo.
- f) Presentar receta médica, diagnóstico médico expedido por médico general o especialista y/o resumen clínico que avale el padecimiento y/o el tratamiento con inmunosupresores.
- g) Requisitar la formatería, ante el personal de trabajo social del CETRA, para la integración de los expedientes con la documentación presentada.
- h) Autorizar el uso de sus datos personales al CETRA, de conformidad con la normatividad vigente aplicable a la materia.

En caso de que el paciente sea menor de edad, además de presentar la documentación anterior deberá ser acompañado por el padre, tutor o persona responsable de los cuidados y atenciones, mismo que deberá identificarse y acreditar el parentesco mediante la presentación del acta de nacimiento del menor o documento expedido por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia DIF-Chiapas o en su caso el DIF municipal del lugar de residencia, en el que se haga constar que el menor se encuentra bajo sus cuidados y atenciones y brindar su autorización mediante carta responsiva para menores de edad.

Capítulo IV De la Cobertura Médica

Artículo 6.- Los pacientes previamente diagnosticados por médico general y/o especialista, con enfermedades crónico-degenerativas y/o autoinmunes podrán solicitar ser beneficiarios con atención médica especializada, estudios de laboratorio, terapias sustitutivas como soporte vital y/o inicio de protocolo de trasplante.

Artículo 7.- Los pacientes ya trasplantados, podrán solicitar ser beneficiarios con medicamentos inmunosupresores para coadyuvar en la sobrevida del injerto.

Capítulo V De la Supervisión

Artículo 8.- La Dirección de Planeación del CETRA, será la Unidad Administrativa, responsable del uso y comprobación de los recursos del Programa, ante el FOGIRD, por lo que podrá en todo



momento supervisar el desarrollo del mismo y tendrá acceso a la información clínica de los pacientes beneficiarios. Además, deberá cumplir con las disposiciones normativas aplicables a la materia.

Capítulo VI De la Transparencia

Artículo 9.- Para garantizar la transparencia en el ejercicio de los recursos, se dará amplia difusión al Programa a nivel estatal.

Artículo 10.- La papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción de este Programa, deberán incluir 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"*. Quien haga uso indebido de los recursos de este Programa deberá ser denunciado y sancionado, de acuerdo con la normatividad que resulte aplicable y ante la autoridad competente.

Asimismo, en todo acto o promoción que se haga del Programa, deberá mencionarse que éste es financiado con recursos del FOGIRD.

Artículo 11.- Se deberán difundir todas aquellas medidas para garantizar los derechos humanos y la igualdad entre mujeres y hombres en la aplicación del Programa.

Artículo 12.- Los beneficiarios serán integrados al padrón de beneficiarios, a fin de contar con una herramienta que permita la verificación de la identidad de los pacientes.

Capítulo VII De los Mecanismos de Vinculación

Artículo 13.- El titular de la Dirección General del CETRA, podrá suscribir convenios, contratos, acuerdos y demás instrumentos jurídicos con instituciones de salud del sector público y privado, en el ámbito Federal, Estatal y Municipal con el objeto de establecer mecanismos de colaboración, control y supervisión, que permitan el fortalecimiento del Programa.

Transitorios

Artículo Primero.- Las presentes Reglas de Operación entrarán en vigor el día de su publicación en el Periódico Oficial.

Artículo Segundo.- En cumplimiento a lo previsto en el artículo 13, fracción V de la Ley Estatal del Periódico Oficial, publíquense las presentes Reglas de Operación en el Periódico Oficial.

Dado en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; a los quince días del mes de noviembre de dos mil veinticuatro. Krystell Dávalos Barrientos, Directora General del Centro Estatal de Trasplantes del Estado de Chiapas.- **Rúbrica.**





ANEXO 1
Matriz de Marco Lógico

“Cuidando Mi Trasplante, para el Ejercicio Fiscal de 2024”

Nivel de la MIR	Objetivo	Indicador	Formula	Medio de Verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a incrementar la calidad de vida y salud integral de los chiapanecos, mediante el acceso a terapia inmunosupresora para pacientes trasplantados	Esperanza de vida al nacer en Chiapas	Año de esperanza de vida, total de la población nacida en el año de referencia, proyecciones de población en México y de las entidades federativas	Base de datos de proyecciones de población nacional y entidades federativas	Los pacientes trasplantados que fueron beneficiados con medicamento inmunosupresor siguen las recomendaciones sobre su tratamiento
Propósito	Los pacientes trasplantados del estado de Chiapas, sin derechohabienta cuentan con acceso a terapia inmunosupresora	Porcentaje de pacientes trasplantados, con acceso a medicamento inmunosupresor	(Número de pacientes trasplantados, con acceso a terapia inmunosupresora, número de total de pacientes trasplantados) *100	Registros administrativos del programa sobre la entrega de medicamento inmunosupresora, base de datos del CETRA	Los pacientes trasplantados asistente con su receta médica, mediante la fecha señalada a sus medicamentos inmunosupresores
Componente	C1. Entrega de medicamentos inmunosupresores realizadas	Porcentaje de medicamentos supresores entregados	(Número de medicamentos inmunosupresores entregados / Número total de medicamentos inmunosupresores) *100	Registro administrativos del programa, sobre la entrega de medicamento inmunosupresoras, bases de datos del CETRA.	Los pacientes trasplantados asisten con su receta médica, en la fecha señalada por sus medicamentos inmunosupresores
Actividades	A1C1. Identificar los pacientes trasplantados, que necesitan el medicamento inmunosupresor	Porcentaje de pacientes trasplantados identificados.	(Número de pacientes trasplantados que necesitan el medicamento/Número de pacientes trasplantados)*100	Registros administrativos del programa sobre la identificación del paciente Base de datos del CETRA.	Los pacientes trasplantados dan seguimiento a las convocatorias para ser beneficiarios del proyecto.
	A2C1 Conformación de expedientes médico-administrativos.	Porcentaje de expedientes médico-administrativos de los pacientes	(Número de expedientes médico-administrativos validados/Número de expedientes médico-	Registros administrativos del programa sobre la identificación del paciente	El paciente trasplantado y/o responsable del mismo da seguimiento al proceso administrativo.
Nivel de la MIR	Objetivo	Indicador	Formula	Medio de Verificación	Supuestos
	Los pacientes trasplantados	Trasplantados validados	Administrativos entregados)*100	Base de datos del CETRA	Que el ISAPEG Integra el expediente.
	A3C1. Adquisición de medicamentos inmunosupresores	Porcentajes de solicitudes de medicamentos Inmunosupresores autorizada.	(Número de solicitudes de adquisición de medicamento autorizadas/ Número de solicitudes de adquisición de medicamento realizadas)*100	Registros administrativos del programa sobre la identificación del paciente Base 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.

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





**CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL**



Anexo III

Cedula TGZ CHIAPAS Contigo Sí.

Programa "Cuidando mi Trasplante para el Ejercicio Fiscal de 2024"

Folio de la solicitud: | | | | | | | | | |

I. DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE.					
1. Estado civil: casado [] divorciada (o) [] unión libre [] viuda (o) [] soltera (o) [] separada (o) []					
2. Parentesco con jefa del hogar: Jefa (e) de hogar [] Esposa (o) [] hija (o) [] nieta (o) [] Nuera [] yerno [] Madre o Padre [] Suegra (o) [] otro parentesco [] sin parentesco []					
3. Cuantas hijas o hijos tiene: número de hijas [] número de hijos [] no tengo hijos []					
4. Usted pertenece a alguna comunidad de nuestros pueblos originarios.					
5. Usted habla alguna lengua materna: cual:					
6. Por sus antepasados o de acuerdo a sus costumbres y tradiciones, es usted se considera afro mexicana (o) o afrodescendiente: si [] no []					
7. por su situación actual, usted se considera: migrante [] familiar de migrante [] migrante en retorno [] migrante en tránsito [] ninguna de los anteriores []					
II. DATOS DEL HOGAR.					
8. ¿Cuántos hogares o grupos de personas tienen gastos separados para comer contando el de usted dentro de su vivienda?		[] []	Total de hogares		
9. Incluyéndose usted, ¿Cuántas personas forman parte de su hogar?		[] []	Número de mujeres		
		[] []	Número de hombres		
10. ¿Hay personas menores de 18 años que forman parte de su hogar?		SI	1		
		NO	2		
11. Incluyéndose usted, ¿Hay personas de 65 años o más que forman parte de su hogar?		SI	1		
		NO	2		
III. SALUD.					
12. La persona jefa de familia es:		Mujer []	Hombre []		
13. ¿En qué institución está usted afiliado o inscrito o tiene acceso a atención médica:					
¿Del Seguro Social IMSS?	1	¿En otra institución?	6		
¿Del INSABI (antes Seguro Popular)?	2	¿Del ISSSTE estatal?	7		
¿Del IMSS facultativo para estudiantes?	3	¿No tienen derecho a servicios médicos?	8		
¿De UN seguro privado?	4	¿PEMEX, Defensa o Marina?	9		
¿Del ISSSTE?	5	Del Sistema de Salud GTO	0		
14. ¿A usted o algún integrante de su hogar le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades por un médico? las respuestas afirmativas. En caso de que ningún integrante haya sido diagnosticado, marque la opción 16)					
Artritis Reumatoide	1	Diabetes Mellitus	9		
Hipertensión arterial	2	Depresión	10		
Cáncer	3	Cardiopatías	11		
Obesidad	4	Ansiedad	12		
Cirrosis Hepática	5	Enfermedad Pulmonar Crónica	13		
Adicción de ingestión de sustancias (Drogas)	6	Trasplante de órganos	14		
Insuficiencia renal	7	Deficiencia nutricional (desnutrición)	15		
Adicciones de la conducta (Juego, Internet)	8	Ninguna	16		
15. En su vida diaria, ¿Usted o algún integrante del hogar tiene dificultad al realizar las siguientes actividades:		No tiene dificultad	Lo hace con poca dificultad	Lo hace con mucha dificultad	No puede hacerlo
Caminar, moverse, subir, 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

Blvd. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905 direcciongencetrachiapas@gmail.com





**CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL**



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
27. ¿De qué material es la mayor parte del techo de su vivienda? Lea las opciones cruce un código			
Losa de concreto o vigueta con bovedilla	1	Terrado con vigería	6
Lamina 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
28. ¿En su vivienda tienen ... Lea las o clones cruce un código			
¿Agua entubada dentro de la vivienda?	1	¿Agua de pipa?	5
Agua entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno?	2	Agua de un pozo, río, lago, arroyo u otra.	6
¿Agua entubada de llave pública (o hidrante)?	3	Agua captada de lluvia u otro medio?	7
¿Agua entubada que acarrear de otra vivienda?	4	de otro lugar?	8
29. ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a ... lea las opciones y cruce un código)			
¿La red pública?	1	¿Una tubería que va a dar a una barranca 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
30. En su vivienda ¿La luz eléctrica la obtienen ... (lea las opciones y cruce un código)			
¿Del servicio público?	1	De una planta particular?	4
¿No tienen luz eléctrica?	2	De panel solar?	5
¿De otra fuente?	3		
31. ¿El combustible que más usan para cocinar es ... (lea las opciones y cruce un código)			
Gas de cilindro o tanque (estacionario)?	1	¿Gas natural o de tubería?	4
¿Leña o carbón con chimenea?	2	¿Electricidad?	5
¿Leña o carbón sin chimenea?	3	Otro combustible?	
32. ¿En esta vivienda tienen y funciona ... (Lea las opciones y cruce un código para cada opción)			
Refrigerador		SI	NO
Lavadora	1	1	2
Computadora, Laptop, Tablet	1	1	2
Estufa I parrilla de gas	1	1	2
Calentador de agua o boiler (Gas, eléctrico o leña)	1	1	2
Calentador de agua/ solar	1	1	2
Televisión digital	1	1	2
Internet	1	1	2
Teléfono móvil o celular:	1	1	2
Tinaco	1	1	2

Bld. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905
direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com





**CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL**



Anexo IV

Carta de recepción de documentos que integran el expediente del paciente

Programa "Cuidando mi Trasplante para el Ejercicio Fiscal de 2024"

Tuxtla Gutiérrez, Chis., a ____ de _____ de 2024

Mediante el presente, se hace constar que se reciben los siguientes documentos enunciados en el artículo 14 de las Reglas de Operación del Programa "Cuidando mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal 2024, del C. _____, originario del municipio de _____, del estado de Chiapas.

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 con sello de no surtido.

RECIBE DOCUMENTOS
CHIAPAS
GOBIERNO DEL ESTADO

CETRA CHIAPAS.

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 Chiapas; de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Chiapas y demás disposiciones aplicables.
Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos al desarrollo social.

Blvd. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905
direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com





CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL



Anexo V

Carta de consentimiento de tratamiento de datos personales y datos personales sensibles

Programa "Cuidando mi Trasplante para el Ejercicio Fiscal de 2024"

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 1, 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 Chiapas.

El aviso de privacidad integral podrá ser consultado en la página institucional en Internet: www.cetra.chiapas.gob.mx

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

Blvd. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905
direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com





CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL



Anexo VI

Historial anual de entrega de medicamento inmunosupresor
Programa "Cuidando mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal de 2024"

TGZ, Chiapas a ____ de ____ de. 2024

No. Expediente: -----

Folio: -----

El que suscribe C. _____, señalando con domicilio en _____ del municipio del estado de Chiapas, 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 2024.

En caso de no poder acudir por dicho apoyo autorizo al C. _____ a quien señalo con parentesco: _____ con domicilio en _____ del municipio del estado de Chiapas, quien se identifica con credencial de elector vigente (expedida por el Instituto Nacional Electoral), número: _____, del municipio de _____ Mes _____ Registro ()

Lugar y fecha de recepción: Tuxtla Gutiérrez, Chis., a ____ de ____ del ____
Receta médica: HGJGGM () HEP () HGI () HMR () HGZ2 () HRP () HRAE () HGT () HGZ1 () OTROS _____
Expediente: _____ Folio: _____
Fecha: ____/____/____ Medico Firmante: _____

Medicamento inmunosupresor:

I. Ácido Micofenólico / My Fortic
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____
Presentación: Caja con 120 tabletas de 360mg. Laboratorio Novartis.

II. Limustin / 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 Novartis

IV. Valganciclovir / Trasariv
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____
Presentación: Frasco con 60 comprimidos de 450mg. Laboratorio Roche.

V. PREMID
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____
Presentación: Frasco con 10 ml de 5mg/100mg/ml Laboratorio Grin

VI. PREDNISONA
Cantidad: _____ Clave: _____ Lote: _____ Caducidad: _____
Presentación: Caja con 20 Tabletas de 5mg Laboratorio Avitus

Blvd. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905
direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com





**CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL**



ENTREGA:

RECIBI:

CETRA

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



CHIAPAS
GOBIERNO DEL ESTADO

Bld. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905
direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com





CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL



Anexo VII

Carta evaluación

Programa "Cuidando mi Trasplante" para el Ejercicio Fiscal de 2024"

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?

Table with 2 columns: Rating icon and Rating text. Rows: Green thumbs up (EXCELENTE), Yellow smiley (BUENA), Red sad face (MALA)

Blvd. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905 direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com





CENTRO
ESTATAL DE
TRASPLANTES
GOBIERNO DE CHIAPAS

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO DE CHIAPAS
DIRECCION GENERAL



¿La atención recibida fue?

EXCELENTE
BUENA
MALA

Comentarios:

Felicitaciones

ATENTAMENTE

Nombre Completo y FIRMA

Pulgar _____

Huella Digital del dedo

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

Blvd. Andrés Serra Rojas No. 1090, Anexo Torre Chiapas, Piso 3, Col. Paso El Limón C.P. 29045
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Conmutador: (961) 69 1-40-20 Opción 1 Ext. 69905
direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com





CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES
GOBIERNO DE CHIAPAS

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO
DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL



ESTUDIO SOCIOECONÓMICO INICIAL

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ **HORA:** _____

UNIDAD _____ FECHA: _____
 SERVICIO: _____ No. DE EXP: _____
 No. DE CAMA: _____ SITUACIÓN LEGAL: _____
 REFERENCIA: _____
 CONTRA REFERENCIA: _____
 INGRESO HOSPITALARIO: 1ª VEZ () REINGRESO () NIVEL SOCIOECONÓMICO: _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEXO:** M () F () **ESTADO CIVIL:** SOLTERO () CASADO () VIUDO ()
 DIVORCIADO () UNIÓN LIBRE ()

ESCOLARIDAD: _____ **COMPLETA () INCOMPLETA ()**

OCUPACIÓN: _____ **RELIGIÓN:** _____ **ORIGINARIO:** _____

DERECHOHABIENTE: IMSS () ISSSTE () OTRO: _____

DOMICILIO PERMANENTE: _____
CALLE No.EXT. No. INT. TELÉFONO:
COLONIA MUNICIPIO O DELEG. C.P. CIUDAD - ESTADO

DOMICILIO TEMPORAL: _____
CALLE No. EXT No. INT TELÉFONO:
COLONIA MUNICIPIO O DELEG. CP. CIUDAD - ESTADO

NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE _____ **PARENTESCO** _____

DOMICILIO DEL RESPONSABLE _____
CALLE No. EXT. No. INT. TELÉFONO
COLONIA MUNICIPIO O DELEG. C.P. CIUDAD - ESTADO

DIAGNOSTICO MEDICO _____

PRÓXIMA CITA _____

¿PERTENECE A UN GRUPO INDIGENA? SI NO ¿CUAL?

¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? SI NO ¿CUAL?

SERVICIO QUE SOLICITA

GRUPO FAMILIAR	CALIF.
10 O MAS INTEGRANTES	0
7 A 9 INTEGRANTES	1
4 A 6 INTEGRANTES	2
1 A 3 INTEGRANTES	3

OCUPACION	CALIF
DESEMPLEADOS	0
SUBEMPLEADOS	1
OBREROS	2
EMPLEADOS	3
TÉCNICOS	4
PREFESIONISTAS,EMPRESARIOS Y EJECUTIVOS	5



Boulevard Andrés Serra Rojas No. 1090 Nivel 3, Sección "A", del Edificio Anexo de la Torre Chiapas, colonia Paso Limón; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
 Línea directa: (961) 654 26 05 / Tel: (961) 6914020 Opción 1 Ext. 69905 / Email: direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com.





CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES
GOBIERNO DE CHIAPAS

GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO
DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL



INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)	
JEFE DE FAMILIA	\$
ESPOSO (A)	\$
HIJO(A)	\$
TOTAL	\$

EGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)	
ALIMENTACIÓN	\$
RENTA O PREDIO	\$
AGUA	\$
LUZ	\$
COMBUSTIBLE	\$
TRANSPORTE	\$
EDUCACIÓN	\$
CONSUMOS ADICIONALES	\$
TOTAL	\$

SALARIO	CALIF	<input type="checkbox"/>
SIN SALARIO	0	
- DEL SALARIO MÍNIMO	1	
SALARIO MÍNIMO	2	
+ DEL SALARIO MÍNIMO	3	
2-3 VECES DEL SALARIO MÍNIMO	4	
4-5 VECES DEL SALARIO MÍNIMO	5	

SITUACIÓN ECONÓMICA	CALIF	<input type="checkbox"/>
INDIGENCIA	0	
DÉFICIT	1	
EQUILIBRIO	2	
SOLVENTE	3	
EXCEDENTE	4	

TIPO DE VIVIENDA	CALIF	<input type="checkbox"/>
SIN VIVIENDA	0	
JACAL/CHOZA	1	
VECINDAD CUARTOS IMPROVISADOS	2	
CASA/ DEPTO. POPULAR	3	
CASA/ DEPTO. RESIDENCIAL	4	

NUMERO DE DORMITORIOS	CALIF	<input type="checkbox"/>
VIVIENDA CON UN CUARTO	0	
VIVIENDA CON 1 DORMITORIO	1	
VIVIENDA CON 2 DORMITORIOS	2	
VIVIENDA CON 3 DORMITORIOS	3	
VIVIENDA CON 4 O + DORMITORIOS	4	

DIAGNOSTICO SOCIAL

SUMA DE CALIFICACIONES	
GRUPO FAMILIAR	
OCUPACIÓN	
SALARIO	
SITUACIÓN ECONÓMICA	
TIPO DE PROPIEDAD	
NUMERO DE DORMITORIOS	
TOTAL DE PUNTOS	

ESCALA DE CLASIFICACIONES						
0-3	4-6	7-9	10-12	13-17	18-21	22-25
EXENTO	1	2	3	4	5	6

NOMBRE, CEDULA Y FIRMA TRABAJADOR(A) SOCIAL



Boulevard Andrés Serra Rojas No. 1090 Nivel 3, Sección "A", del Edificio Anexo de la Torre Chiapas, colonia Paso Limón; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Linea directa: (961) 654 26 05 / Tel: (961) 6914020 Opción 1 Ext. 69905 / Email: direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com.





GOBIERNO DEL ESTADO DE CHIAPAS
CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DEL ESTADO
DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL



FAMILIOGRAMA

NOM. DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____

FECHA: __/__/____

TIPO DE FAMILIA: _____ No. TEL: _____

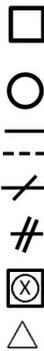
No. DE EXP.: _____

GENERO: F O

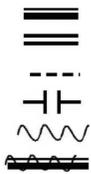
PACIENTE



ESTRUCTURA FAMILIAR



RELACIONES AFECTIVAS



NOMBRE Y CEDULA DEL TRABAJADOR SOCIAL
TURNO: _____



Boulevard Andrés Serra Rojas No. 1090 Nivel 3, Sección "A", del Edificio Anexo de la Torre Chiapas, colonia Paso Limón; Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Linea directa: (961) 654 26 05 / Tel: (961) 6914020 Opción 1 Ext. 69905 / Email: direcciongeneral.cetrachiapas@gmail.com.

