

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024 • 2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social		
Código PR-DAS-ECT-06 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica	
Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer			

ÍNDICE

	Página
I. OBJETIVO	2
II. ALCANCE	2
III. FUNDAMENTO LEGAL	2
IV. DEFINICIONES	2
V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	4
VI. INDICADOR	5
VII. ANEXOS	6
VIII. CONTROL DE CAMBIOS	7
IX. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO	7

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024 - 2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social		
Código PR-DAS-ECT-06 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica	
Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer			

I. OBJETIVO

Establecer las actividades necesarias para entregar apoyo económico para pacientes con cáncer, con la finalidad de estandarizar, optimizar y hacer eficiente la atención a la ciudadanía.

II. ALCANCE

Aplica al personal adscrito al Departamento de Enlace Ciudadano y Trabajo Social perteneciente a la Dirección de Asistencia Social del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

III. FUNDAMENTO LEGAL

Ámbito Federal

Artículo 4, párrafo cuarto; de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 7; de la Ley de Asistencia Social.

Artículos 2, fracciones IV, V; 161 Bis, fracción I, párrafo primero inciso a; de la Ley General de Salud

Ámbito Estatal

Artículos 1 párrafo primero y 2 párrafo primero; de la Constitución Política del Estado de Yucatán.

Artículos 1, párrafo primero; 2, párrafo primero; 3, párrafo primero; 4, párrafo primero fracciones VI, VII; 14, párrafo primero; 16, fracción I; y 18; de la Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social de Yucatán.

Artículos 42, fracciones I, II, III, XVII y XVIII; 44 del Estatuto Orgánico del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

IV. DEFINICIONES

Apoyo económico: Consiste en la entrega de la cantidad de \$2,080.00 de manera bimestral que percibe cada persona que sea beneficiaria del programa.

CURP: Clave Única de Registro de Población

Diagnóstico médico: el documento expedido por un profesional de la salud en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas

Documentación requerida: Formato de solicitud F-PR-EAE-01, copia de la identificación oficial vigente, con fotografía y firma, copia del acta de nacimiento, Clave Única de Registro de Población, tanto de la persona solicitante como de su auxiliar designada. Cuando la

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024 - 2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social		
Código PR-DAS-ECT-06 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica	
Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer			

identificación oficial vigente no cuente con los datos del domicilio de la persona solicitante o no sea su lugar de residencia actual, se deberá entregar copia del comprobante de domicilio o carta de vecindad. a) Cuando la persona sea menor de edad, se deberá presentar la identificación oficial vigente con fotografía y firma de la madre, del padre, tutor o tutora. b) Cuando se trate de personas nacidas en territorio mexicano que no cuenten con identificación oficial, se deberá presentar una carta de identidad emitida por la autoridad municipal o de su localidad, la cual deberá contar con la fotografía de la persona, el sello y firma autógrafa de la autoridad que la emite. c) Cuando se trate de personas nacidas en el extranjero, se deberá presentar una copia del documento de residencia permanente vigente emitido por la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Un documento que acredite que padece cáncer, que puede ser el diagnóstico médico, un resumen médico que mencione el estatus de la enfermedad del paciente (tratamiento, seguimiento o remisión), resultado de la biopsia, comprobante de recibir quimioterapia o radiación, entre otros) y que haya sido expedido por un profesional de la salud del Estado de Yucatán.

INE: Documento de identificación oficial con fotografía y firma.

Padrón de Personas Beneficiarias: Base de datos en Excel de personas beneficiarias que reciben los subsidios o apoyos del Programa.

Persona Beneficiaria: La que después de acreditar los requisitos respectivos, presentar la documentación correspondiente y haber sido aprobada la solicitud, recibe los apoyos que otorga el Programa.

Persona en situación de vulnerabilidad: La persona que, por diferentes factores o la combinación de ellos, tales como su carencia social o por ingresos, que enfrenta situaciones de riesgo o discriminación que le impide alcanzar mejores niveles de vida, y, por lo tanto, requiere de la atención e inversión del gobierno estatal para lograr su bienestar.

Programa: El Programa de subsidios o ayudas denominado Programa de Apoyo para Pacientes con Cáncer.

Sistema: el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024 - 2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social		
Código PR-DAS-ECT-06 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica	
Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer			

V. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Titular del departamento de Enlace Ciudadano y Trabajo Social

1. Emite la convocatoria para inscribirse al programa durante el primer trimestre del ejercicio fiscal en curso.

Recepcionista

2. Proporciona información y orientación a las personas solicitantes sobre el tipo de apoyo que requieren.
3. Recibe de la persona solicitante la documentación requerida.
4. ¿Se cumplen los requisitos y es correcta la documentación?
 - Sí: Continúa en la actividad 6.
 - No: Continúa en la actividad 5.
5. Otorga a la persona solicitante o la persona auxiliar designada un plazo de cinco días hábiles para solventar las observaciones. Si no se presenta la documentación faltante en el plazo antes mencionado, la solicitud será anulada. **Fin del procedimiento.**
6. Llena el formato F-PR-EAE-01 Solicitud (Anexo 2) con la información que proporciona la persona solicitante.
7. Turna a la persona solicitante, al área de Trabajo Social.

Trabajador Social

8. Recibe a la persona solicitante y recaba la información necesaria para elaborar el formato F-PR-EAE-02, Estudio Socioeconómico, recaba firma de la persona titular del departamento de Enlace Ciudadano y Trabajo Social y anexa documentos del solicitante.
9. Canaliza a la persona solicitante de regreso con la recepcionista.

Recepcionista

10. Canaliza a la persona solicitante con el gestor.

Gestor

11. Recibe y atiende a la persona solicitante.
12. Captura el tipo de apoyo y datos generales de la persona solicitante, en archivo electrónico llamado "Padrón de personas beneficiarias/Registro de solicitudes".
13. ¿La persona solicitante fue aceptada en el programa?
 - Sí. Continúa en la actividad 15.
 - No. Continúa en la actividad 14.
14. Contacta vía telefónica con la persona solicitante, o bien con la persona auxiliar designada para informarle de tal situación, en un plazo no mayor a treinta días hábiles a partir de que concluya el plazo para notificarles a las personas que sí fueron aceptadas en el programa. **Fin del procedimiento.**

2025

"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

Código
PR-DAS-ECT-06 R00

Fecha de emisión
21/11/2025

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer

15. Proporciona, por lo medios digitales disponibles, al Departamento de Contabilidad la relación de las personas seleccionadas para ser incorporadas al programa, así como la información necesaria para la gestión de las tarjetas bancarias en las cuales se realizará el depósito del apoyo económico.

Titular del Departamento de Contabilidad

16. Recibe la relación de las personas seleccionadas para ser incorporadas al programa.
17. Gestiona las tarjetas bancarias para las personas seleccionadas.
18. Entrega al Gestor las tarjetas bancarias de las personas beneficiarias.

Gestor

19. Recibe las tarjetas bancarias de las personas seleccionadas para ser incorporadas al programa.
20. Contacta vía telefónica con la persona solicitante, o bien con la persona auxiliar designada para informarle que fue aceptada en el programa, en un plazo no mayor a noventa días hábiles a partir de la recepción de su solicitud.
21. ¿La persona solicitante es de nuevo ingreso en el programa?
 - Sí. Continúa en la actividad 23.
 - No. Continúa en la actividad 22.
22. Notifica la fecha en la que recibirá el apoyo vía transferencia electrónica a la tarjeta registrada con anterioridad. Continúa en la actividad 25.
23. Notifica la fecha en la que le será entregada la tarjeta bancaria a ella o a la persona auxiliar designada, así como la fecha en que se realizará la transferencia del apoyo.

Persona beneficiaria o persona auxiliar designada

24. Acude al Sistema a recoger tarjeta bancaria a través de la cual será transferido el apoyo y firma formato F-PR-EAE-03 Notificación de Incorporación al Programa (Anexo 4) y el formato F-PR-EAE-04 Comprobante de Entrega de Tarjeta (Anexo 5).

Gestor

25. Espera a que se realicen, durante el transcurso del ejercicio fiscal, todas las transferencias electrónicas con el apoyo correspondiente a la persona beneficiaria.
26. Escanea, folia y archiva el expediente.

Fin del procedimiento.

VI. INDICADOR

Indicador	Fórmula	Unidad de medida	Periodicidad	Meta
Porcentaje de apoyos económicos para	$A = (\text{Total de apoyos entregados} / \text{Total})$	Porcentaje	Trimestral	90%

“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Código
PR-DAS-ECT-06 R00

Fecha de emisión
21/11/2025

Fecha de actualización
No aplica

Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer

pacientes con cáncer.	de apoyos solicitados) * 100			
--------------------------	---------------------------------	--	--	--

VII. ANEXOS

Código	Nombre del anexo	Ubicación	AT*	AC*	PTC*	Disposición final
No aplica	Diagrama de flujo del Procedimiento para Entregar Apoyos apoyo económico para pacientes con cáncer	ECT	1 año	6 años	7 años	Eliminar
F-PR-EAE-01	Solicitud de Apoyo	ECT	1 año	6 años	7 años	Eliminar
F-PR-EAE-02	Estudio Socioeconómico	ECT	1 año	6 años	7 años	Eliminar
F-PR-EAE-03	Comprobante de notificación	ECT	1 año	6 años	7 años	Eliminar
F-PR-EAE-04	Comprobante de la entrega de tarjeta bancaria	ECT	1 año	6 años	7 años	Eliminar

*AT= Archivo de trámite; AC= Archivo de concentración; PTC= Plazo total de conservación.

"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

 RENACIMIENTO MAYA YUCATÁN GOBIERNO DEL ESTADO 2024 - 2030	SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA EN YUCATÁN Dirección de Asistencia Social	
Código PR-DAS-ECT-06 R00	Fecha de emisión 21/11/2025	Fecha de actualización No aplica
Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer		

VIII. CONTROL DE CAMBIOS

Fecha	Número de revisión	Actividad
21/11/2025	00	Generación del Manuel de Procedimientos para Entregar Apoyos económicos a Pacientes con Cáncer.

IX. FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO

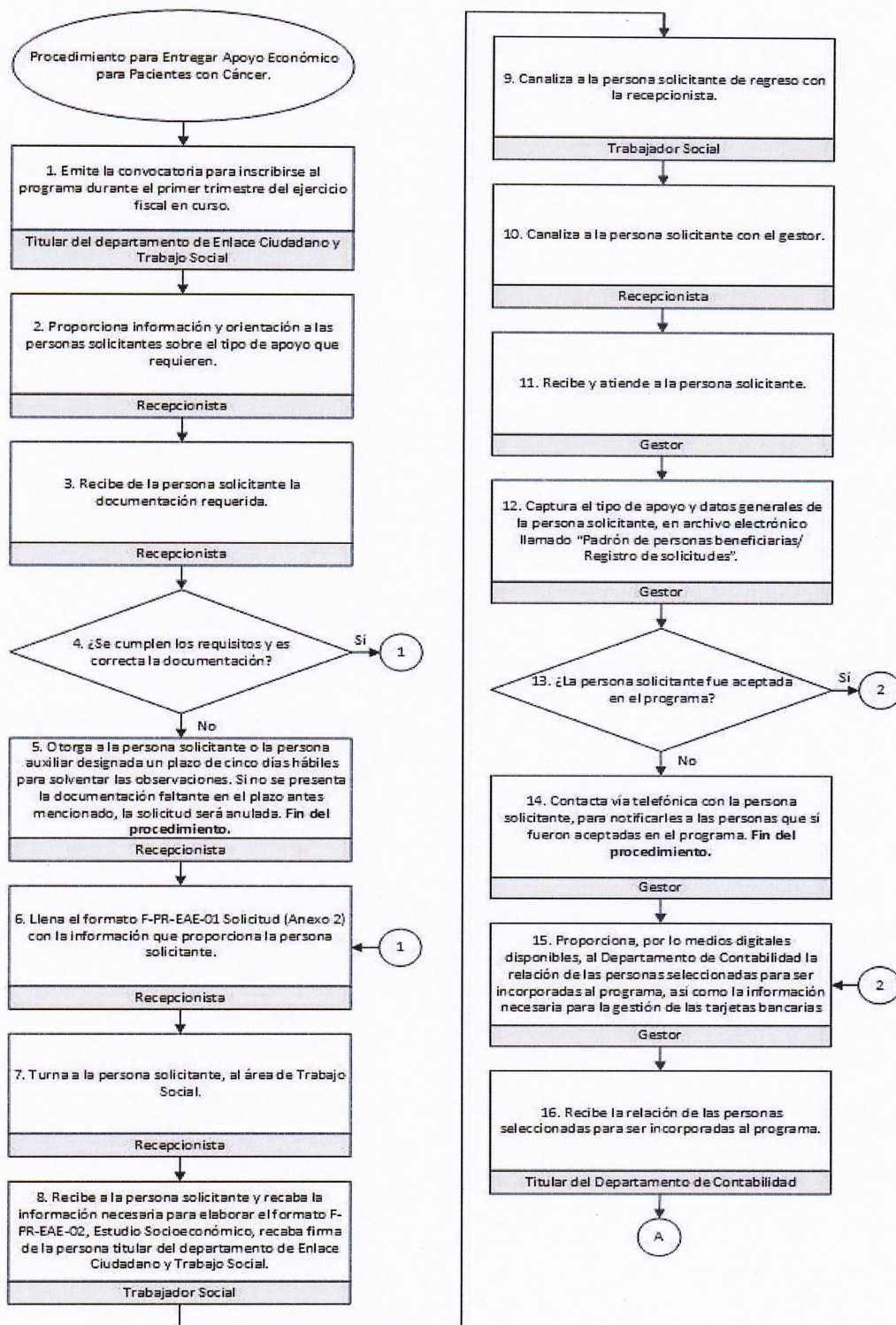
Autorizó



Lic. Doris Alejandra Nuñez Sulub
Directora de Asistencia Social del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Yucatán.

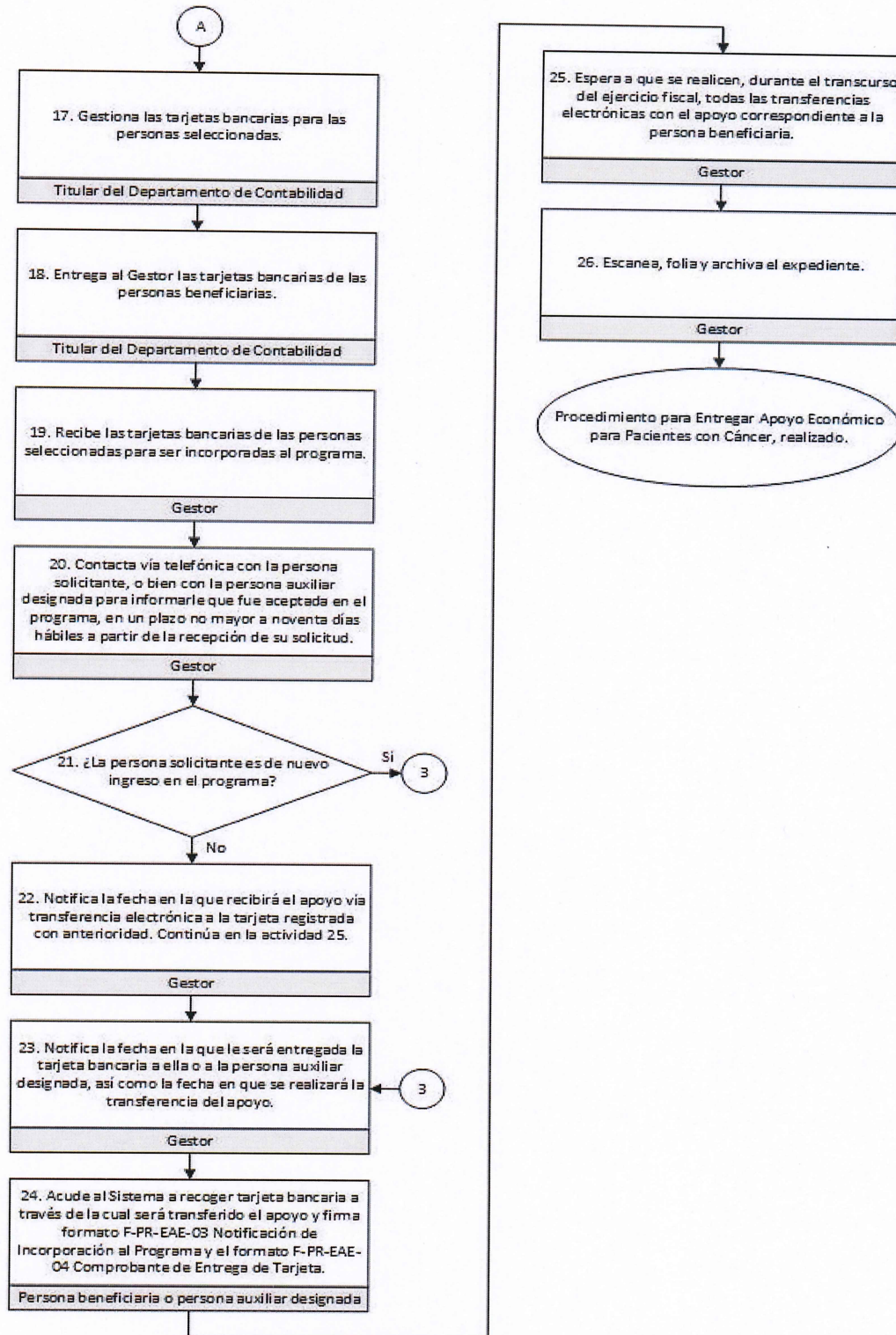
“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer



"La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera."

Diagrama de Flujo del Procedimiento para Entregar Apoyo Económico para Pacientes con Cáncer



“La información contenida en el presente documento es responsabilidad de la Dependencia/Entidad que lo genera.”

Solicitud de Apoyo



YUCATÁN • 2024 • 2030

☐

1ERA VEZ

☐

SUBSECUENTE

PROGRAMA DE APOYO PARA PERSONAS CON CÁNCER

DATOS GENERALES DE LA PERSONA SOLICITANTE

FECHA DE SOLICITUD: DÍA DEL MES DEL AÑO

MUNICIPIO: LOCALIDAD:

NOMBRE(S): PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO: SEXO: MUJER ☐ HOMBRE ☐

EDAD: NÚMERO TELEFÓNICO:

LA PERSONA SOLICITANTE: SÍ ☐ NO ☐ ¿HABLA MAYA?: SÍ ☐ NO ☐

¿ES JEFE(A) DE FAMILIA?:

CURP:

DATOS GENERALES DE LA PERSONA AUXILIAR DESIGNADA. CUANDO APLIQUE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRE(S): SEXO: MUJER ☐ HOMBRE ☐

FECHA DE NACIMIENTO: DEL MES DE: DEL AÑO:

CURP: EDAD:

¿PARENTESCO?: NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁL?

NÚMERO TELEFÓNICO:

2-01

Este programa es carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa será denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

Solicitud de Apoyo

Mediante la suscripción de este documento, manifiesto mi interés en participar en el Programa de Apoyo a Personas con Cáncer, por lo que acuerdo sujetarme a sus Reglas de Operación; así mismo, manifiesto bajo protesta de decir verdad que toda la información proporcionada en este documento es verdadera.

Nombre y Firma o Huella de la persona solicitante.

Este programa es carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa será denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

PROGRAMA DE APOYO PARA PERSONAS CON CÁNCER

FECHA:

DATOS GENERALES DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRE(S): SEXO: MUJER ☐ HOMBRE ☐

FECHA DE NACIMIENTO: DEL MES DE: DEL AÑO:

CURP: EDAD:

ESTADO: MUNICIPIO: LOCALIDAD:

CALLE: NÚMERO: CRUZAMIENTO 1: CRUZAMIENTO 2:

COLONIA: REFERENCIAS:

NÚMERO TELEFÓNICO: ¿HABLA MAYA?: SÍ ☐ NO ☐

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ UNIÓN LIBRE ☐

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

¿PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD? SÍ ☐ NO ☐ ¿CUÁL?

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa será denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

2-ol

Estudio Socioeconómico

OCUPACIÓN DE LA PERSONA BENEFICIARIA

MARCA CON UNA "X", SI SELECCIONA OFICIO U OTROS, FAVOR DE ESPECIFICAR DÓNDE

ESTUDIANTE	EMPLEADO/A	ACTIVIDADES DE CULTIVO/ CRÍA DE ANIMALES	JUBILADO/ PENSIONADO/A
AMA DE CASA	COMERCIANTE	OFICIO	OTROS

DATOS GENERALES DE LA PERSONA DESIGNADA PARA EL COBRO. CUANDO APLIQUE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRE(S): SEXO: MUJER ☐ HOMBRE ☐

FECHA DE NACIMIENTO: DEL MES DE: DEL AÑO:

CURP: EDAD:

¿PARENTESCO?: NO ☐ SÍ ☐ ¿CUÁL?

NÚMERO TELEFÓNICO:

EVALUACIÓN DE VULNERABILIDAD DE LA VIVIENDA
MARCA CON UNA "X"

¿SU HOGAR CUENTA CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS?

LUZ ☐ AGUA POTABLE ☐ RECOLECTA DE BASURA ☐ INTERNET ☐ TV POR CABLE ☐ TELEFONÍA ☐

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa será denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

Estudio Socioeconómico

CARACTERÍSTICAS	SEVERA	MODERADA	LEVE
¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL PISO?	TIERRA	CEMENTO	MOSAICO, MADERA, OTROS
¿DE QUÉ MATERIAL ES LA MAYOR PARTE DEL TECHO?	CARTÓN, TELA LLANTAS, HUANO	ASBESTO, MADERA, TABLA ROCA	CONCRETO, BLOCK, LADRILLOS
¿DE DÓNDE TOMA EL AGUA PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS?	POZO	DE LA LLAVE	PURIFICADA
¿QUÉ COMBUSTIBLE USAN PARA COCINAR?	CARBÓN O LEÑA	GAS	ELECTRICIDAD (PARRILLA ELÉCTRICA, MICROONDAS)
LA VIVIENDA ES:	RENTADA	PRESTADA	PROPIA
LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIO SANITARIO:	NINGUNO	LETRINA O INODORO	EXCUSADO O BAÑO SANITARIO

EVALUACIÓN DE LAS PERSONAS QUE HABITAN EN EL DOMICILIO
(INCLUIR A LA PERSONA BENEFICIARIA)

HABITANTES	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	SI TRABAJA, ¿CUÁNTO DINERO APORTA AL MES?

TOTAL DE PERSONAS QUE HABITAN EN EL HOGAR:

INGRESO TOTAL AL MES:

\$

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa será denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

EVALUACIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR
MARCA CON UNA "X"

INDICADORES	NO	SÍ	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	RARA VEZ
EN EL ÚLTIMO MES, ¿FALTÓ DINERO EN EL HOGAR PARA COMPRAR ALIMENTOS?					
EN EL ÚLTIMO MES, ¿SE DISMINUYÓ EL NÚMERO DE COMIDAS, COMO DEJAR DE DESAYUNAR O ALMOZAR, POR FALTA DE DINERO PARA COMPRAR ALIMENTOS?					
EN EL ÚLTIMO MES, ¿ALGUIEN COMIÓ MENOS EN LA COMIDA PRINCIPAL PORQUE LA COMIDA NO ALCANZÓ?					

OBSERVACIONES

**FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA
SOLICITANTE**

FIRMA TRABAJO SOCIAL

Vo.Bo.

PERSONA SOLICITANTE

TS.

**JEFATURA DE ENLACE
CIUDADANO Y TRABAJO SOCIAL**

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa será denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente.

Comprobante de Notificación



YUCATÁN • 2024 • 2030

Asunto: Notificación

Estimada (o) C. _____

Hago de su conocimiento que el día ____ del mes de marzo del año ____, fue notificada (o) vía telefónica, para ser beneficiaria (o) del **"Programa de Apoyo para Personas con Cáncer"**, en la cual se le indicó los beneficios, derechos, obligaciones y sanciones.

Enterada (o)

Nombre y Firma

Teléfono: (999) 942 20 30 Ext.14300

Horario: 8:00 a 3:00 pm

Dirección: DIF Yucatán Av. Alemán No. 355

Col. Itzimná, Mérida, Yucatán.



YUCATÁN • 2024 • 2030

Asunto: Notificación

Estimada (o) C. _____

Hago de su conocimiento que el día ____ del mes de marzo del año ____, fue notificada (o) vía telefónica, para ser beneficiaria (o) del **"Programa de Apoyo para Personas con Cáncer"**, en la cual se le indicó los beneficios, derechos, obligaciones y sanciones.

Enterada (o)

Nombre y Firma

Teléfono: (999) 942 20 30 Ext.14300

Horario: 8:00 a 3:00 pm

Dirección: DIF Yucatán Av. Alemán No. 355

Col. Itzimná, Mérida, Yucatán.



Solicitud de Apoyo



ACUSE DE ENTREGA DE "TARJETA"

Fecha:

POR LA PRESENTE CONFIRMO QUE HE RECIBIDO PERSONALMENTE LA TARJETA PARA PAGO DEL APOYO ECONÓMICO PARA PERSONAS CON CÁNCER.

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA:

NOMBRE BENEFICIARIO:

NUMERO DE TARJETA:

RESPONSABLE

RECIBE

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA



2-02