



**Zacatecas**

GOBIERNO DEL ESTADO

2021-2027

## **AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

### **PATRIMONIO DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA ESTATAL**

**RESPONSABLE:** El Organismo Público Descentralizado denominado Servicios de Salud de Zacatecas, a través del Patrimonio de la Beneficencia Pública Estatal, con domicilio en Circuito Cerro del Gato, Edificio G, Planta Baja, Ciudad Gobierno, C.P. 98160, Zacatecas, Zac., es responsable del tratamiento de los datos personales que proporcione a dicha área, mismos que serán protegidos conforme a lo dispuesto en el artículo 3, fracciones II, VIII, XXVII y XXVIII, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20 y 21 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Zacatecas, Manual de Procedimientos Código DVSFEI, Dirección de Vinculación Social, Filantropía y Evaluación del Impacto Rev. 0 Proceso Número 5.- Procedimiento para autorizar ayudas funcionales en especie a personas Físicas de escasos recursos sin cobertura de seguridad social (Recursos Presupuestales y Patrimoniales).

Los datos personales que recabamos ya sean de forma directa o a través de documentos, son los siguientes:

**Datos personales:** Nombre Completo, Edad, Domicilio Completo, CURP, Requerimiento.

#### **Datos Sensibles:**

##### **1) Dictamen Médico Preciso**

Así como los datos personales, incluidos en los siguientes documentos:

#### **APOYO MENOR**

**Finalidad:** Los documentos que se solicitan son requeridos para trámite de apoyo requerido.

- 1) Dictamen Médico Preciso (Original) En papel oficial con sello de la institución, anotando claramente la información que se solicita en el Formato de Dictamen Médico anexo, emitido por los Servicios de Salud de Zacatecas.
- 2) Fotocopia del Acta de Nacimiento del Beneficiario, así como del solicitante; o bien del Acta de matrimonio o de la fe de bautismo, o de la Cartilla Militar Nacional o del Acta de Nacimiento del hijo mayor.
- 3) Fotocopia de identificación del Beneficiario, así como del solicitante, como Credencial de Elector, o Licencia para Conducir, o Constancia de identidad expedida por el Comisionado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal.
- 4) Fotocopia de Comprobante de domicilio; recibo de agua, o de luz reciente, o constancia de residencia expedida por el Comisionado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal.
- 5) Copia CURP del Beneficiario.

#### **APOYO MAYOR**

**Finalidad:** Los documentos que se solicitan son requeridos para trámite de apoyo requerido.

- 1) Carta de Solicitud: Dirigida al Titular de la Secretaría de Salud de Zacatecas, firmada por el solicitante o beneficiario, describiendo el tipo de ayuda que requiere, el padecimiento actual y situación económica.
- 2) Dictamen Médico Preciso (Original y 2 copias) En papel oficial con sello de la institución, anotando claramente la información que se solicita en el Formato de Dictamen Médico anexo, emitido por los Servicios de Salud de Zacatecas. Para solicitud de aparatos auditivos se requiere original del Estudio Audio métrico.
- 3) 2 Fotocopias del Acta de Nacimiento del Beneficiario, así como del solicitante; o bien del Acta de matrimonio o de la fe de bautismo, o de la Cartilla Militar Nacional o del Acta de Nacimiento del hijo mayor.
- 4) 2 Fotocopias de identificación del Beneficiario así como del solicitante, como Credencial de Elector, o Licencia para Conducir, o Constancia de identidad expedida por el Comisionado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal.
- 5) Fotografías: Una del beneficiario y una del solicitante (Lo más recientes Posibles).
- 6) Constancia de Ingresos o de Dependencia económica, indicando el nombre del paciente, tipo de actividad y monto aproximado de ingresos mensuales del paciente o de quien sostiene económicamente al paciente y la familia, por el Comisionado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal.
- 7) 2 Fotocopias del Comprobante de domicilio; recibo de agua, o de luz reciente, o constancia de residencia expedida por el Comisionado Ejidal, Delegado Municipal o Presidencia Municipal.
- 8) 2 Copias de la CURP del Beneficiario.
- 9) En caso de ser canalizado por alguna Institución: Anexar oficio.

**TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN:** No se realizan transferencia de información

#### **CAMBIOS EN ESTE AVISO DE PRIVACIDAD**

Si desea conocer nuestro aviso de privacidad integral lo podrá consultar en nuestro Portal Institucional [www.saludzac.gob.mx](http://www.saludzac.gob.mx) o de manera presencial acudiendo a la Unidad de Transparencia, en donde además le podrán brindar asesoría al respecto.

En caso de que exista cambio en el contenido de este aviso de privacidad lo haremos de su conocimiento a través del área en donde realizó su trámite o de la página institucional antes señalada.