



AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL CEDULA DE REGISTRO A VICTIMAS REALIZADAS POR MEDIO ESCRITO Y PRESENCIAL.

La Dirección de Seguridad Pública Municipal y la Coordinación de la Policía Municipal Preventiva cuentan con el área de Equidad de Género a través de la cual se atienden los auxilios solicitados por el 911 correspondiente a lo que es violencia familiar. Al ser los primeros respondientes (los primeros en llegar al lugar), se brinda el apoyo a los solicitantes del auxilio y en ese proceso se toman los datos personales de las personas involucradas ante esta. Para recabar éstos datos se cuenta con un formato (Cédula de Registro a Víctimas), éste formato que archivado en la oficina del enlace de equidad ya que sólo es cumplir el protocolo de atención al auxilio, ya si la persona agraviada quiere iniciar un proceso se dirige a fiscalía.

¿A quién va dirigido el presente aviso de privacidad?

A la persona que pide el auxilio vía telefónica a través del 911 y ya en forma escrita con el llenado de la Cédula de Registro a Víctimas. Con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 13 y el artículo 38 de la Ley de Protección de Datos Personales de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas, se hace de su conocimiento lo siguiente:

I.- Área Responsable que administra la Información

Área de Equidad de Género



II.- Datos del responsable y domicilio que administra la información:

Lic. Ezequiel Trinidad Martínez, Enlace de Equidad de Género de la Dirección de Seguridad Pública Municipal de La Independencia, Chiapas, con domicilio en avenida Rio Blanco Colonia Centro de La Independencia, Chiapas. Teléfono 9631010031; correo electrónico laindependencia1985@gmail.com

III.- El fundamento legal en el aviso de privacidad:

Constitución Política de los Estados Unidos

Mexicanos: Artículo 20 Apartado C Fracción V, Artículo 21; Código Nacional de Procedimientos Penales: Artículo 15. IV.- Transferencia de datos Personales Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados, en este caso sus datos personales se realizarán con fundamento en el artículo 65 de la Ley General de Protección de Datos personales den Posesión a sujetos obligados.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

Manifestación de Protección de Datos Personales de la Cedula de Registro a Víctimas por medio escrito y presencial.

La Dirección de Seguridad Pública Municipal y la Coordinación de la Policía Municipal Preventiva cuentan con el área de Equidad de Género a través de la cual se atienden los auxilios solicitados por el 911 correspondiente a lo que es violencia familiar al ser los primeros respondientes (los primeros en llegar al lugar),



**H. Ayuntamiento Municipal Constitucional
La Independencia, Chiapas.
2018-2021**



se brinda el apoyo a los solicitantes del auxilio y en éste proceso se toman los datos personales de las personas involucradas ante esta.

Para recabar éstos datos se cuenta con un formato (Cédula de Registro a Víctimas), éste formato queda archivado en la oficina del enlace de equidad ya que sólo es cumplir el protocolo de atención al auxilio, ya si la persona agraviada quiere iniciar un proceso se dirige a fiscalía. Si desea conocer la versión integral de este aviso de privacidad, favor de consultar la siguiente dirección electrónica en nuestro portal de internet: <http://www.laindependencia.gob.mx/1821/aviso.html>
Página Oficial del H. Ayuntamiento Municipal de La Independencia, Chiapas.

Unidad de Protección y Promoción de los Derechos Humanos y Atención a Víctimas
CÉDULA DE REGISTRO A VÍCTIMAS

Nota: la información aquí proporcionada será tratada Confidencialmente.

FECHA:

DATOS GENERALES					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
DIRECCION		COLONIA		CODIGO POSTAL	EDAD <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
LUGAR DE NACIMIENTO:					FECHA DE NACIMIENTO:
DATOS SECUNDARIOS DE LA VÍCTIMA (OCUPACIÓN) (marque con una x)					ESCOLARIDAD DE LA VICTIMA
Trabaja en el hogar <input type="checkbox"/>	Trabaja fuera del hogar <input type="checkbox"/>	Estudia <input type="checkbox"/>	Jubilada <input type="checkbox"/>	Pensionada <input type="checkbox"/>	Otro (especifique)
SERVICIO QUE SE LE BRINDÓ (marque con una x) Otros: _____					
Atención psicológica <input type="checkbox"/> Canalización <input type="checkbox"/> Ordenes de protección <input type="checkbox"/> Visitas domiciliarias <input type="checkbox"/>					
SITUACIÓN ECONÓMICA FAMILIAR DE LA VÍCTIMA:					
Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Extrema pobreza <input type="checkbox"/>					
MODALIDAD:					Numero de hijos
Familiar <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> En la comunidad <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/>					
DATOS GENERALES DEL AGRESOR (en caso que exista)					
Apellido paterno		apellido materno		nombre(s)	Sexo <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Dirección:		colonia:		código postal:	EDAD <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>
LUGAR DE NACIMIENTO:					FECHA DE NACIMIENTO:
RELACIÓN CON EL AGRESOR:					otro: (especifique)
Familiar <input type="checkbox"/> En la comunidad <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/>					
DATOS SECUNDARIOS DEL AGRESOR (OCUPACIÓN) (marque con una x)					Escolaridad del agresor:
Trabaja en el hogar <input type="checkbox"/>	Trabaja fuera del hogar <input type="checkbox"/>	Estudia <input type="checkbox"/>	Jubilada <input type="checkbox"/>	Pensionada <input type="checkbox"/>	Otro (especifique)
OBSERVACIONES:					
<p>CON BASE A LO DISPUESTO EN EL ART. 20 APARTADO C, FRACCION V, ART. 21 DE LA CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, EL ART. 15 DEL CODIGO NACIONAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES Y EL ARTICULO 65 DE LA LEY GENERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES.</p> <p>SE HACE DE SU CONOCIMIENTO QUE LA LEY LE OTORGA EL DERECHO A LA INTIMIDAD Y PRIVACIDAD DE SUS DATOS PERSONALES, CON EL FIN DE QUE ESTOS SE HAGAN PUBLICOS O PRIVADOS PARA CADA CASO EN PARTICULAR.</p>					

RESPONSABLE:
(Nombre y firma) _____

DATOS DE PERSONA ASEGURADA POR FALTA ADMINISTRATIVA (FECHA: ___/___/2019)

NOMBRE:		EDAD	
DOMICILIO:		NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL:		OCUPACIÓN:	

Hora: _____ **Sobrio** () **Sobrio con Aliento Alcohólico** () **Ebrio** () **Cannabis** () **R.5000** () **Tinner** ()

Toxicomanías: Alcoholismo Tabaquismo Cannabis Cocaína R. 5000 Tinner

Patologías	Positivo	Edad de Diagnóstico (cuantos años tiene con la enfermedad)	Tratamiento (medicamentos)
Diabetes Mellitus			
Hipertensión Arterial			
Cardiopatías			
Epilepsia (Convulsiones)			
Asma y Alergias			
Otras			

Observaciones y lesiones: _____

MOTIVO DEL ASEGURAMIENTO

EL FUNDAMENTO LEGAL EN EL AVISO DE PRIVACIDAD:

• **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:** artículos 1, 6 Base A, 16, segundo párrafo, 21, 108 primer párrafo, 113. • **Constitución Política del Estado de Chiapas:** artículo 1, 2. • **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados:** artículos 1, 2 párrafo V, 3, fracción II, 4, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 31, 32, 80, 81, 82, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 163, 164 y 165 • **Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas:** artículos 3 fracciones IX, X, XV y XVII, 47 fracción V, 49 fracciones X y XI, 59 fracciones II y IV, 108, 109, 110, 128, 129, 133 y 139. • **Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas:** artículos 5, 7, 8, 14, 19, 20, 22, 23, 26, 31, 34, 37, 38 y 39.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE

DATOS DE PERSONA ASEGURADA POR FALTA ADMINISTRATIVA (FECHA: ___/___/2019)

NOMBRE:		EDAD	
DOMICILIO:		NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL:		OCUPACIÓN:	

Hora: _____ **Sobrio** () **Sobrio con Aliento Alcohólico** () **Ebrio** () **Cannabis** () **R.5000** () **Tinner** ()

Toxicomanías: Alcoholismo Tabaquismo Cannabis Cocaína R. 5000 Tinner

Patologías	Positivo	Edad de Diagnóstico (cuantos años tiene con la enfermedad)	Tratamiento (medicamentos)
Diabetes Mellitus			
Hipertensión Arterial			
Cardiopatías			
Epilepsia (Convulsiones)			
Asma y Alergias			
Otras			

Observaciones y lesiones: _____

MOTIVO DEL ASEGURAMIENTO

EL FUNDAMENTO LEGAL EN EL AVISO DE PRIVACIDAD:

• **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:** artículos 1, 6 Base A, 16, segundo párrafo, 21, 108 primer párrafo, 113. • **Constitución Política del Estado de Chiapas:** artículo 1, 2. • **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados:** artículos 1, 2 párrafo V, 3, fracción II, 4, 7, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 28, 31, 32, 80, 81, 82, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 163, 164 y 165 • **Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas:** artículos 3 fracciones IX, X, XV y XVII, 47 fracción V, 49 fracciones X y XI, 59 fracciones II y IV, 108, 109, 110, 128, 129, 133 y 139. • **Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas:** artículos 5, 7, 8, 14, 19, 20, 22, 23, 26, 31, 34, 37, 38 y 39.

FIRMA DE CONSENTIMIENTO

NOMBRE

Aviso de privacidad Integral

SISTEMA DE ATENCIÓN DE LLAMADAS DE EMERGENCIA 9-1-1, DENUNCIA ANONIMA 089 Y VIDEOVIGILANCIA

- I. Denominación del responsable:** Dirección Estatal de Control, Comando, Comunicación, Cómputo e Inteligencia
- II. Domicilio del responsable** Domicilio oficial Blvd. Fidel Velázquez S/N, Las Águilas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- III. Área responsable que administra la información:** Dirección Estatal de Control, Comando, Comunicación, Cómputo e Inteligencia
- IV. Datos del responsable del tratamiento de la información:** Dr. Robinson González Silva
Director Estatal de Control, Comando, Comunicación, Cómputo e Inteligencia

Lic. Jose Gregorio Moreno Velázquez
Subenlace de la Unidad de Transparencia.
Tel. (961) 6179700 extensión 10051
c4idoc@gmail.com
- V. ¿Qué datos personales se recaban y para qué finalidad?** Se recabarán sus datos personales como Nombre, sexo, correo electrónico, número telefónico, domicilio los cuales serán utilizados con la finalidad de elaborar los reportes de emergencias recibidas en el Sistema de Atención de Llamadas de Emergencia 9-1-1, Denuncia Anónima 0089 y Sistema de Videovigilancia.
- VI. Normatividad aplicable al sistema** Con fundamento en los artículos 5, 14, 19, 20, 22, 23, 26, 31, 34, 37, 39 y demás correlativos, de la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas, así también el artículo 49 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas y demás aplicables, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas, artículos 59 fracción V, VIII, 60, 135, 138, 139 y 140, Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Chiapas, artículo 12, 13, 20, 28, 29, 31, 32, 33 y 34, además de los artículos 8 inciso e, h, 33 inciso 1, 3; artículos 37 y 38, del Reglamento de Transparencia y acceso a la Información Pública de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana.

VII. Transferencia de datos personales

Se informa que no se realizarán transferencias de datos personales, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados, en este caso sus datos personales se realizarán con fundamento en el artículo 18 de la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de Sujetos Obligados.

VIII. Supresión

Cuando los datos personales dejen de ser necesarios para que la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, cumpla con las finalidades previstas en el presente aviso de privacidad, las cuales motivaron su tratamiento, éstos deberán suprimirse o cancelarse de la base de datos que nos ocupa, previo periodo de bloqueo para determinar posibles responsabilidades en relación con su tratamiento.

IX. ¿Dónde se pueden ejercer los derechos de acceso, corrección/rectificación, cancelación u oposición de datos personales (derechos ARCO)?

Usted podrá ejercer sus derechos ARCO directamente ante la Dirección Estatal de Control, Comando, Comunicación, Cómputo e Inteligencia, ubicada en Blvd. Fidel Velázquez S/N, Las Águilas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, o bien, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>) o en el correo electrónico c4idoc@gmail.com

X. Sitio donde podrá consultar el aviso de privacidad simplificado

En el portal de Transparencia de la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana <https://www.sspc.chiapas.gob.mx/avisos-de-privacidad>

XI. Cambios al aviso de privacidad

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento en la Unidad de Transparencia, ubicada en las instalaciones de ésta Secretaría antes señaladas y en nuestro portal de Internet <https://www.sspc.chiapas.gob.mx>