AC-AVP-2

FOLIO: ____

ACTA CIRCUNSTANCIADA

En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; siendo las ___:___ horas del día ____ de _____ del año 202__, el suscrito Ciudadano _____, INSPECTOR SANITARIO, acreditando mi personalidad con la credencial número SSM/DPCRS/DCS/___ con vigencia del 01 de octubre del 2021 al 30 de septiembre del 2024, con la cual la C. Dra. Guadalupe del Carmen Alfaro Zebadua, Secretaria de Salud Municipal en términos del artículo 15 del Reglamento de Fiscalización del Municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas designa al suscrito como Inspector Sanitario de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, misma que se encuentra signada por el titular de la Secretaría de Salud del H. Ayuntamiento Constitucional de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; de conformidad con lo dispuesto en el artículo 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71 y 72 de la Ley de Procedimientos Administrativos para el Estado de Chiapas; hago constar que me constituí al punto de venta ubicado en _____ del municipio de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en busca de la (el) C. _____; en su carácter de _____, derivado del control y denuncia registrada con número SSM/DPCRS/AVP/____/202__, de fecha ___/___/202__ y una vez cerciorado (a) de que me encuentro en la dirección correcta, y por así indicármelo la ubicación, nomenclatura y localización dentro de este Municipio; y por así manifestármelo el (la) C._____; a quien encuentro en el punto de venta antes señalada y quien en este acto se identifica con _____ y/o media filial _____ _____; por lo que el suscrito (a) procedo a manifestar bajo protesta de decir verdad _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Leída que fue la presente acta y explicado su contenido y alcance legal a é) inspeccionado (a), se le hace saber que la documentación relativa a la presente acta, se agrega a los autos del expediente administrativo que se inicie, para que surta los efectos legales correspondientes, se le concede la palabra al (la) inspeccionado (a) para que manifieste lo que a su derecho convenga, señalando lo siguiente: _____
_____
_____
_____

Siendo todo lo que tengo que manifestar y no habiendo ninguna otra circunstancia que hacer constar, se da por terminada la presente diligencia a las ____:____ horas del mismo día de su inicio y se le hace saber al visitado que el expediente abierto con motivo de la presente diligencia se encuentra para su consulta, en las oficinas que ocupan la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios, ubicadas en 2ª Norte entre calle central y 1ª Oriente S/N, (paso a desnivel) Teléfono 961-61-2-55-11 ext. 2226.

Los datos personales recabados, serán protegidos, incorporados y tratados en los términos establecidos en la Ley de Protección de Dato Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el Estado de Chiapas, así como los Lineamientos Generales para la Custodia y Protección de Datos Personales e Información Reservada y Confidencial en Posesión de los Sujetos Obligados en el Estado de Chiapas, y demás normatividades aplicables. Para mayor información puede consultar nuestro aviso de privacidad en la siguiente dirección electrónica; https:/caip.tuxtla.gob.m/avisos-de-privacidad.

INSPECCIONADO

C._____

INSPECTOR SANITARIO

C. _____
CREDENCIAL NÚMERO SSM/DPCRS/DCS/_____

TESTIGO

C._____

TESTIGO

C._____

ATENTAMENTE

M. V. Z. ALFREDO RUIZ COUTIÑO
DIRECTOR DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS