FOLIO: ____

ACTA CIRCUNSTANCIADA

En la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; siendo las __:__ horas del día ___ de _____ del año 2024; el suscrito Ciudadano _____, 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 Dra. Guadalupe del Carmen Alfaro Zebadua, Secretaria de Salud Municipal, designa al suscrito como INSPECTOR MUNICIPAL de la Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios; y en términos de los artículos 65 al 72 de la Ley de Procedimientos Administrativos para el Estado de Chiapas, en relación a los artículos del Reglamento para el Control y Vigilancia de los Establecimientos que prestan el Servicio de Juegos Electrónicos, de Salón y Similares del Municipio de Tuxtla Gutiérrez; en relación al Código de Procedimientos de Actuación en la Fiscalización Municipal del H. Ayuntamiento Constitucional de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; hago constar que me constituí al establecimiento _____ ubicado en _____ _____ de esta ciudad, en busca de la (el) C. _____; en su carácter de _____; con el objeto de realizar verificación, derivado de la solicitud de _____ de la Tarjeta de vigilancia Sanitaria J/___/2024; y una vez cerciorado (a) de que me encuentro en el domicilio correcto, 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 domicilio antes señalado y quien en este acto se identifica con _____; Por lo que el suscrito (a) procedo a manifestar bajo protesta de decir verdad que _____

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

Leída que fue la presente acta y explicado su contenido y alcance legal a él) visitado (a), se le hace saber que la documentación relativa a la presente acta, se agrega a los autos del expediente administrativo, para que obre como corresponda. Se concede la palabra al (el) visitado (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 Datos 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.

VISITADO

C._____

INSPECTOR MUNICIPAL

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

TESTIGOS

C._____

C. _____