



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 105 al 113 del Reglamento de Protección y Bienestar de la Fauna Domestica en el Municipio de Tuxtla Gutiérrez; así como en estricta observancia y aplicación de lo establecido en el Código de Procedimientos de Actuación en la Fiscalización Municipal del H. Ayuntamiento Constitucional de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, hago constar que me constituí al domicilio ubicado en _____ de esta ciudad, en busca de la (el) C. _____; en su carácter de _____; con el objeto de realizar _____, derivado del número de Control y Denuncia SSM/DPCRS/FD/___/___/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 _____; 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 él) visitado (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 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. _____

TESTIGOS

CREDENCIAL NÚMERO SSM/DPCRS/DCS/ _____

C. _____

C. _____