



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

A C E P T O

ZAMBRANO

JUAREZ

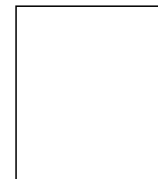
JUAN

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Firma



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firma de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo JUAN ZAMBRANO JUAREZ

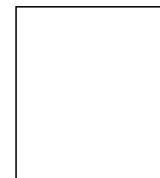
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	ZAMBRANO JUAREZ JUAN																	
EDAD	31 AÑOS				SEXO	MASCULINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	Z	A	J	J	9	0	0	7	2	5								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7421030343						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Título tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:120/T80 FC:78 FR:17 T:36.20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR



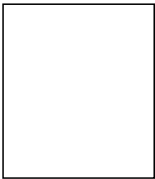
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

VARGAS		GARCIA		A C E P T O BELEN		Firma	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)					

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo BELEN VARGAS GARCIA

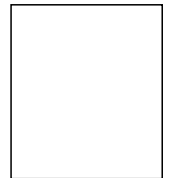
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	VARGAS GARCIA BELEN																	
EDAD	31 AÑOS				SEXO	FEMENINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	V	A	G	B	9	0	0	8	1	8								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7472262677						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:/T FC: FR: T:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

ÁREA MÉDICA

MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

A C E P T O		
SOLIS	DE LOS SANTOS	AREADNY
_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
		Firma
		<div></div>

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo AREADNY SOLIS DE LOS SANTOS

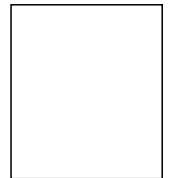
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médica clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	SOLIS DE LOS SANTOS AREADNY																	
EDAD	26 AÑOS				SEXO	FEMENINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	S	O	S	A	9	6	0	2	1	7								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	5540252703						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:/T FC: FR: T:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



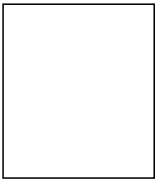
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

SOLIS	BENITEZ	ACEPTO ABIGAIL		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firma de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo ABIGAIL SOLIS BENITEZ

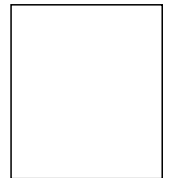
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	SOLIS BENITEZ ABIGAIL																	
EDAD	31 AÑOS				SEXO	FEMENINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	S	O	B	A	9	0	0	9	2	6								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7421007760						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:120/T70 FC:71 FR:17 T:36.30

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

SILVERIO	GARCIA	A C E P T O		
		HORACIO		
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre (s)	_____ Firma	<div></div> HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	SILVERIO GARCIA HORACIO																	
EDAD	31 AÑOS				SEXO	MASCULINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	S	I	G	H	9	0	0	9	1	1								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7474722222						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:130/T80 FC:71 FR:18 T:36.30

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		A C E P T O		
SANCHEZ	LORENZO	LUCIA		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	SANCHEZ LORENZO LUCIA																	
EDAD	28 AÑOS				SEXO	FEMENINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	S	A	L	L	9	3	0	6	1	3								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7443240016						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:110/T79 FC:71 FR:17 T:36.30

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

RODRIGUEZ	SANCHEZ	A C E P T O	
		LUIS ALBERTO	
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre (s)	_____ Firma
			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo LUIS ALBERTO RODRIGUEZ SANCHEZ

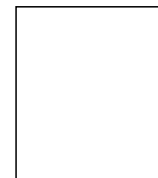
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	RODRIGUEZ SANCHEZ LUIS ALBERTO																	
EDAD	28 AÑOS				SEXO	MASCULINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	R	O	S	L	9	3	0	5	0	7								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7471753417						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:100/T70 FC:71 FR:17 T:36.30

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



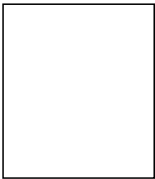
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

RAMIREZ	TORRES	A C E P T O PAULA ELENA		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firma de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo PAULA ELENA RAMIREZ TORRES

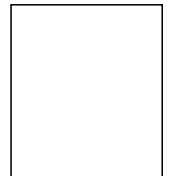
Inicié a las ____ : ____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____ : ____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	RAMIREZ TORRES PAULA ELENA																
EDAD	28 AÑOS				SEXO	FEMENINO				FECHA	SIN FECHA						
RFC	R	A	T	P	9	3	0	7	2	8							
CARGO	OPERATIVAS																
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN						
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	8129447534					

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Título tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:121/T85 FC:78 FR:18 T:36.50

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

PONCE	SANTAMARIA	A C E P T O		
		LUIS ENRIQUE		
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre (s)	_____ Firma	<div></div> HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO		PONCE SANTAMARIA LUIS ENRIQUE																
EDAD	22 AÑOS				SEXO	MASCULINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	P	O	S	L	9	9	0	9	1	0								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7442976827						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:125/T80 FC:71 FR:17 T:36.20

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

ACEPTO		
LEMUS	JIMENEZ	KEVIN
_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
		Firma
		<div></div>

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo KEVIN LEMUS JIMENEZ

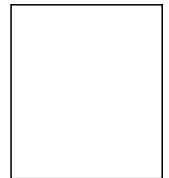
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	LEMUS JIMENEZ KEVIN																
EDAD	27 AÑOS			SEXO	MASCULINO					FECHA	SIN FECHA						
RFC	L	E	J	K	9	4	0	7	2	5							
CARGO	OPERATIVAS																
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN						
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7811091918					

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:150/T100 FC:78 FR:18 T:36.50

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

ÁREA MÉDICA

MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

GOMEZ	GUINTO	A C E P T O	
		FRANCISCO	
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre (s)	_____ Firma
			<div></div>

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo FRANCISCO GOMEZ GUINTO

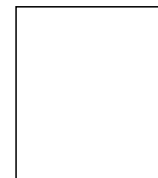
Inicié a las ____ : ____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médica clínica concluyó siendo las ____ : ____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	GOMEZ GUINTO FRANCISCO																	
EDAD	31 AÑOS				SEXO	MASCULINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	G	O	G	F	9	0	0	5	2	4								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	9861149309						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:129/T93 FC:78 FR:18 T:36.50

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

CATALAN	GARCIA	A C E P T O		
		GEOVANNA		
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre (s)	_____ Firma	<div></div> HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	CATALAN GARCIA GEOVANNA																	
EDAD	30 AÑOS				SEXO	FEMENINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	C	A	G	G	9	1	1	1	0	7								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7421144749						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:125/T70 FC:71 FR:18 T:36.30

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

A C E P T O			
CHAVEZ	DONJUAN	ISMARI CELESTE	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

[]
HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo ISMARI CELESTE CHAVEZ DONJUAN

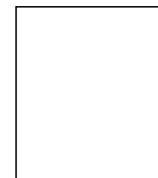
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	CHAVEZ DONJUAN ISMARI CELESTE																	
EDAD	32 AÑOS				SEXO	FEMENINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	C	A	D	I	8	9	0	6	2	3								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7471096502						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:107/T80 FC:78 FR:18 T:36.60

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		A C E P T O		
CASTREJON	BUCIO	JORGE FRANCISCO		
_____ Apellido Paterno	_____ Apellido Materno	_____ Nombre (s)	_____ Firma	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>
				HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firmo de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo JORGE FRANCISCO CASTREJON BUCIO

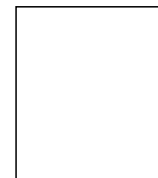
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	CASTREJON BUCIO JORGE FRANCISCO																	
EDAD	31 AÑOS				SEXO	MASCULINO				FECHA	SIN FECHA							
RFC	C	A	B	J	9	0	0	8	1	9								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7541001944						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:130/T85 FC:78 FR:17 T:36.30

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANTES DE FIRMAR: Lea cuidadosamente el contenido íntegro de este formato.

Declaro que me sujeto de forma voluntaria a ser evaluado (a) por el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza del estado de Guerrero para dar cumplimiento al Artículo 21 Constitucional, que establece que la seguridad pública es una función a cargo de la Federación, la Entidades Federativas y los Municipios; que las instituciones de seguridad pública se sujetaron a las bases mínimas para regular la selección, ingreso, formación, permanencia, evaluación, reconocimiento y certificación de los integrantes de las instituciones de seguridad pública; el Artículo 88 de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública que establece que son requisitos de ingreso y permanencia en las Instituciones Policiales, aprobar los procesos de evaluación de control de confianza; el Artículo 51 y 52 de la Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero que especifica que el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, aplicará las evaluaciones, tanto en los procesos de selección de aspirantes, como en la evaluación para la permanencia, el desarrollo y la promoción de los Integrantes de las Instituciones de Seguridad Pública, administrativos (as) y operativos (as).

1. Manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que la documentación que presento para ser tomado (a) en cuenta en el proceso del programa de evaluación es completa, auténtica y sin irregularidades; que la información general y particular que me soliciten y que yo proporcionaré de manera verbal o escrita será fidedigna, por lo que no tengo inconveniente en que se investiguen mis antecedentes.
2. Otorgo mi consentimiento para que se me realice la EVALUACION MÉDICA por lo que, para ello las enfermeras realizaran la medición de mi peso, talla y cintura, toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de agudeza visual. Posteriormente, proporcionaré datos familiares y personales durante una entrevista directa con el médico que me sea asignado, así mismo autorizo al personal para que me realice la exploración física en ropa interior y los estudios auxiliares de diagnóstico (electrocardiograma y/o audiometría) si el médico lo solicitase.
3. Acepto que los resultados del programa de evaluación, son definitivos e inapelables; en caso de resultar APROBADO y el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza detecta alguna irregularidad, dicho resultado será revocado.
4. Acepto que mi conducta se regirá por los principios constitucionales de legalidad, objetividad, eficiencia, profesionalismo, honradez y respeto a los derechos humanos.
5. **He sido enterado que puedo suspender la evaluación en cuanto yo lo desee, manifestando por escrito los motivos que me conducen a ello.**
6. En caso de presentarse alguna situación no prevista en el presente formato de autorización, me sujeto a la disposición que establezca, el Centro Estatal de Evaluación y Control de Confianza, para los efectos a que haya lugar.
7. Otorgo mi consentimiento para que los documentos que contengan información de datos personales con carácter confidencial sean depurados al término de mi evaluación.

Manifiesto haber considerado cada una de las cláusulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

A C E P T O

AGUSTIN

GARCIA

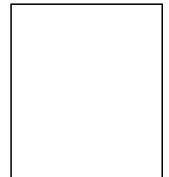
ITZEL

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Firma



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Firma de conformidad a mi entera satisfacción. Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022



FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo ITZEL AGUSTIN GARCIA

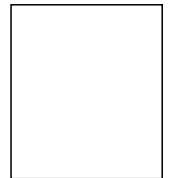
Inicié a las ____:____ horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Médico clínica concluyó siendo las ____:____ horas.

Para mejorar nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un breve comentario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo atendió. Si tiene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los datos plasmados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su evaluación.

De no existir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:

"Manifiesto que presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo en el momento en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, amenazas o intimidación alguna."

FIRMA: _____



HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO



CARTA COMPROMISO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NUEVO INGRESO ☒ PERMANENCIA ☐ PROMOCIÓN ☐ LICENCIA OFICIAL COLECTIVA ☐

NOMBRE DEL EVALUADO	AGUSTIN GARCIA ITZEL																	
EDAD	18 AÑOS			SEXO	FEMENINO					FECHA	SIN FECHA							
RFC	A	U	G	I	0	3	0	6	2	5								
CARGO	OPERATIVAS																	
CORPORACIÓN	SSP ESTATAL										REGIÓN							
MUNICIPIO	CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										TELEFONO	7451078901						

II. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.

UNIDAD QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO DEL C.E.E. Y C.C.
DOMICILIO	CARRETERA NACIONAL MÉXICO-ACAPULCO KM. 270 C.P. 39070 COL. HERMENEGILDO GALEANA, CHILPANCINGO GRO.
MOTIVO DE ENVÍO	
ESTABLECIMIENTO QUE ENVÍA	DEPARTAMENTO MÉDICO

En base a la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4 "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...", Ley General de Salud Titulo tercero capítulo I artículos 26, 53 y 54, Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica artículos 15, 16, 46 y 74, Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico, alusivo al sistema referencia-contrarreferencia, Ley número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero, otorga al CEEyCC la facultad para aplicar evaluaciones, por lo que se envía a personal para valoración médica oportuna.

"Me comprometo a llevar a cabo las recomendaciones médicas con el efecto de cumplir con el perfil de puesto asignado, acudiendo a mi próxima evaluación con las indicaciones solventadas en el lapso de tiempo no mayor de 3 a 5 días hábiles, con documento comprobable y legal, asistiendo con facultativo si es requerido para una valoración externa y de no cumplir cumplir en el tiempo establecido me sujeto al diagnóstico integrado."

III. RESUMEN CLÍNICO

PADECIMIENTO ACTUAL:

EXÁMEN CLÍNICO:

T/A:/T FC: FR: T:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADO

--

ÁREA MÉDICA
MÉDICO EVALUADOR

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO