de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
ZAMBRANO	JUAREZ	JUAN	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### 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

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE	RESO		MANENCIA		Р	ROMO	OCIÓI	N (		LICE	ENCIA OF	ICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	ZAMBRA	NO JUAREZ	Z JUAN											
EDAD	31 AÑOS	SEXO	MASCULIN	10					FECHA	SIN	N FECHA				
RFC	Z	A J	J 9	0	0	7	2	5							
CARGO	OPERATIVA	S S	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										Į.		
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIÓ	V					
MUNICIPIO	CHILPANCIN	IGO DE LO	S BRAVO						TELEFO	ONO	7421030	)343			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIENT	го.												
UNIDAD QL	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO E	DEL C	.E.E. `	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL MÉ	XICO-AC	CAPULO	CO KM.	270 C.	P. 390	70 COL. HE	RMEN	NEGILDO G	ALEANA, (	CHILPAN	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
sistema referentiacultad para apide comprometoróxima evaluaciagnia egal, asistiendo diagnóstico inte	olicar evaluacio co a llevar a ca ción con las inco con facultativo grado."  N CLÍNICO  TO ACTUAL:  IICO:	nes, por lo q bo las recon licaciones so o si es reque	ue se envía a nendaciones olventadas er	n persor médica n el laps	nal par s con so de t	a valo el efe iempo	raciór cto de no m	médi cump ayor c	ica oportu olir con el de 3 a 5 d	ina. I perfil Iías h	l de puest ábiles, cor	o asigna	ido, aci	udiend omprob	lo a mi pable y
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD	0								ÁRE	:A MÉDIC	CA		
											MÉDIC	O EVALI	JADOR	ł	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
VARGAS	GARCIA	BELEN	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### 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

SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO

#### **DEPARTAMENTO MÉDICO**



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			MANENCIA		P	ROM	OCIÓ	N (		LICE	NCIA OF	ICIAL C	OLEC <sup>°</sup>	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	VARGAS	GARCIA BI	ELEN											
EDAD	31 AÑOS	SEXO	FEMENIN	0					FECHA	SIN	I FECHA				
RFC	V	A G	В 9	0	0	8	1	8		1					
CARGO	OPERATIVAS	S									<b>'</b>	-			
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIÓN	1					
MUNICIPIO	CHILPANCIN	IGO DE LOS	S BRAVO						TELEFO	NO	7472262	2677			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIENT	го.												
UNIDAD QU	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO	DEL C	.E.E.	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL MI	ÉXICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C	P. 390	70 COL. HE	RMEN	IEGILDO GA	ALEANA, C	CHILPAN	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
facultad para ap 'Me compromet próxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inte	to a llevar a ca ción con las inco con facultative grado."	bo las recon licaciones so	nendaciones olventadas ei	médica n el laps	s con so de t	el efe tiempo	cto de no m	cump ayor o	plir con el de 3 a 5 d	perfil ías h	ábiles, cor	docume	ento co	mprob	able y
EXÁMEN CLÍN															
T/A:/T FC: FR: IMPRESIÓN DI															
Nonz	OF V FIDMA ST	I EVALUADA									í	A MÉDIC	\ A		
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUADO	0								ARE	A MÉDIC	A		
											MÉDIC	O EVALI	JADOR	l .	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
SOLIS	DE LOS SANTOS	AREADNY	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022 AREADNY SOLIS DE LOS SANTOS horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación Inicié a las Médico clínica concluyó siendo las 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."

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

"La información contenida en el presente documento está clasificado como reservada de conformidad con el artículo 6 párrafo A fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículos 16, 97 y 113 fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Artículos 56 segundo párrafo de la Ley General del Sistema Nacional de Seguridad Pública, artículos 74, 114 fracciones I y II de la Ley Número 207 de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Guerrero, y fracción 52 de la Ley Número 777 del Sistema de Seguridad Pública del Estado de Guerrero."

FIRMA:

SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública





#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE IDENTIF		MANENCIA		, Б	ROM	OCIÓ	N (	$\bigcirc$ 1	ICE	NCIA OF	ICIAL C	OLEC:	TIVA	
NOMBRE DEL EVALUA		DE LOS SANT	OS AF											$\overline{}$
EDAD 26 AÑOS				(L/\D				FECHA	SIN	I FECHA				
RFC S		A 9	6	0	2	1	7	1 1	<u> </u>	11 201 1/1				
CARGO OPERAT		1 / 1 0					1							
CORPORACIÓN SSP								REGIÓN						
	CINGO DE LO	S BRAVO						TELEFO		5540252	703			
II. DATOS DEL ESTA	ABLECIMIEN	TO.												
UNIDAD QUE ENVÍA	DEPART/	AMENTO MÉI	DICO E	DEL C	.E.E.	Y C.C	;.							
DOMICILIO		A NACIONAL MÉ	XICO-A	CAPUL	CO KM	. 270 C	P. 390	70 COL. HEF	RMEN	IEGILDO GA	ALEANA, C	CHILPAN	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE ENVÍO											<u> </u>			
ESTABLECIMIENTO QUE EN	VÍA DEPART <i>A</i>	AMENTO MÉI	DICO											
Me comprometo a llevar a próxima evaluación con la egal, asistiendo con facul diagnóstico integrado."	s indicaciones s ativo si es requ	olventadas en	el laps	so de 1	tiempo	no m	ayor (	de 3 a 5 dí	as ha	ábiles, cor	docume	ento co	mprob	oable y
PADECIMIENTO ACTUAL	:													
EXÁMEN CLÍNICO:														
T/A:/T FC: FR: T:														
IMPRESIÓN DIAGNÓSTIO	:A:													
										,				
NOMBRE Y FIRMA	DEL EVALUAD	00								ARE	A MÉDIC	A		
										MÉDIC	O EVALU	JADOR	l	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO

#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

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

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### 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	a concluyó siendo las:horas.
breve coment atendió. Si tie	nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un tario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo ene alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los ados en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su
De no exist	tir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:
en el moment	ue presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo to en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, ntimidación alguna."
	FIRMA:

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Ejecutivo del CENTRO ESTATAL
Sistema Estatal
de Seguridad Pública

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			IANENCIA		Р	ROMO	OCIÓI	N (	$\supset$	LICE	ENCIA OF	FICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	SOLIS BE	ENITEZ ABI	GAIL											
EDAD	31 AÑOS	SEXO	FEMENIN	0					FECHA	SIN	I FECHA				
RFC	S	ОВ	A 9	0	0	9	2	6							
CARGO	OPERATIVAS	S					•		•			•			
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIÓI	V					
MUNICIPIO	CHILPANCIN	IGO DE LOS	S BRAVO						TELEFO	ONO	742100	7760			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIENT	го.												
UNIDAD QU	IE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO [	DEL C	.E.E.	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL M	ÉXICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C.	P. 390	70 COL. HE	RMEN	NEGILDO G	ALEANA, (	CHILPAI	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
sistema referen facultad para ap 'Me compromet próxima evaluac egal, asistiendo diagnóstico inter  III. RESUMEN PADECIMIENT EXÁMEN CLÍN T/A:120/T70 FC IMPRESIÓN DI	olicar evaluaciono a llevar a cación con las incocon facultativo grado."  N CLÍNICO  TO ACTUAL:  IICO:	nes, por lo q bo las recom licaciones so o si es reque	ue se envía nendaciones olventadas e	a persor médica n el laps	nal par s con so de t	ra valo el efe tiempo	ración cto de no m	médi cump ayor d	ica oportu olir con e de 3 a 5 d	ina. I perfi lías h	l de pues ábiles, co	to asigna	ido, ac ento co	udiend omprob	lo a mi pable y
NOMBR	E Y FIRMA DE	L EVALUADO	0									EA MÉDIO			
											WEDIC	O EVAL	סאטטא	`	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

#### Secretariado Ejecutivo del

de Seguridad Pública

Sistema Estatal

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO

#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
SILVERIO	GARCIA	HORACIO	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo HORACIO SILVERIO 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.
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:
1 II (191/ ).

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO

**DEPARTAMENTO MÉDICO** 



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			MANENCIA		) Р	ROMO	OCIÓ	v (		LICE	ENCIA OF	ICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	SILVERIO	O GARCIA H	IORAC	10										
EDAD	31 AÑOS	SEXO	MASCULIN						FECHA	SIN	N FECHA				
RFC	S	I G	H 9	0	0	9	1	1	Ή Т						
CARGO	OPERATIVA	 S													
	ÓN SSP ES								REGIÓI	V					
MUNICIPIO	CHILPANCIN		S BRAVO						TELEFO	ONC	7474722	2222			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIEN	ГО.												
UNIDAD QL	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO E	DEL C	.E.E.	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL MÉ	XICO-A	CAPULO	CO KM.	270 C	P. 390	70 COL. HI	ERMEN	NEGILDO G	ALEANA, (	CHILPAN	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
racultad para ap Me compromet próxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inter III. RESUMEN PADECIMIENT	to a llevar a ca ción con las inc o con facultative grado."	bo las recon licaciones so	nendaciones olventadas er	médica el laps	s con so de t	el efe iempo	cto de no m	cump ayor o	olir con e de 3 a 5 d	l perfi lías h	ábiles, co	n docum	ento co	mprob	oable y
EXÁMEN CLÍN	IICO:														
T/A:130/T80 F0		.30													
IMPRESIÓN DI	AGNOSTICA:														
None	AF V FIRMA RE	I EVALUAD	0								á	A MÉDIA	24		
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD									ARE	A MÉDIC	A		
											MÉDIC	O EVALI	JADOR	R	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO

#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
SANCHEZ	LORENZO	LUCIA	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo LUCIA SANCHEZ LORENZO
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

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE	RESO		1ANENCIA		Р	ROMO	OCIÓI	N (		LICE	NCIA OF	ICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	SANCHE	Z LORENZ	O LUCI	A										
EDAD	28 AÑOS	SEXO	FEMENIN	10					FECHA	SIN	I FECHA				
RFC	S	A L	L 9	3	0	6	1	3		1					
CARGO	OPERATIVAS	3													
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIÓN	1					
MUNICIPIO	CHILPANCIN	GO DE LO	S BRAVO						TELEFO	NO	7443240	016			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIENT	го.												
UNIDAD QL	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO M	ÉDICO [	DEL C	.E.E. `	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL N	1ÉXICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C.	P. 390	70 COL. HE	RMEN	IEGILDO GA	ALEANA, (	CHILPAN	NCINGO	) GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO M	ÉDICO											
acultad para ap 'Me compromet próxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inte	to a llevar a ca ción con las inc o con facultative grado."	bo las recon licaciones so	nendacione: olventadas e	s médica en el laps	s con so de t	el efe	cto de no m	cump ayor o	plir con el de 3 a 5 d	perfil ías h	ábiles, cor	docume	ento co	mprob	oable y
EXÁMEN CLÍN	UCO-														
	nco: C:71 FR:17 T:36	20													
IMPRESIÓN DI		.30													
Nonz	DE VEIDMA DE	- EVALUATION	2								ín-	A MÉDIC	24		
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD									AKE	A MÉDIC	A		
											MÉDIC	O EVALI	JADOR	R	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Ejecutivo del Sistema Estatal de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
RODRIGUEZ	SANCHEZ	LUIS ALBERTO	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



### 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

SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO

#### **DEPARTAMENTO MÉDICO**



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE										,										
NUEVO INGF	RESO		F	PERM	1ANEN	ICIA	$\bigcirc$	) P	ROM	OCIO	N (	$\overline{}$	L	ICE	NCIA (	OFIC	CIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EV	ALUADO	ROE	DRIG	JEZ SA	ANCH	IEZ LU	IS AL	BERT	O										
EDAD	28 A	ÑOS	SE	EXO	MASO	CULIN	10					FECI	HA	SIN	FECH	IA				
RFC		R	0	S	L	9	3	0	5	0	7									
CARGO	OPE	RATIVAS	3																	
CORPORACI	ÓN	SSP ES	TATAL	-								REG	IÓN							
MUNICIPIO	CHIL	PANCIN	GO DI	E LOS	S BRA	VO						TELE	EFO1	NO	74717	7534	17			
II. DATOS D	EL E	ESTABL	ECIM	IENT	го.															
UNIDAD QU	E EI	NVÍA	DEPA	RTA	MENT	O MÉI	DICO [	DEL C	E.E.	Y C.C										
DOMICILIO			CARRE	ETERA	NACION	NAL MÉ	XICO-A	CAPUL	CO KM	. 270 C	P. 390	70 COL	HER	RMEN	EGILDO	GAL	EANA, (	CHILPA	NCING	O GRO.
MOTIVO DE	ΕN	√ÍO																		
ESTABLECIMIEN	ITO Q	UE ENVÍA	DEPA	RTA	MENT	O MÉI	DICO													
acultad para ap Me compromet oróxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inter	o a lleción con grado	evar a cal on las ind facultativo ."	bo las licacior	recon	nendaci olventac	iones das en	médica el laps	s con so de t	el efe tiempo	cto de	cumpayor o	olir cor de 3 a	n el p 5 día	oerfil as há	biles,	con d	docum	ento co	ompro	bable y
PADECIMIENT EXÁMEN CLÍN		TUAL:																		
T/A:100/T70 FC	:71 F	R:17 T:36	.30																	
IMPRESIÓN DI	AGN	ÓSTICA:																		
						_														·
NOMBR	EYF	IRMA DE	L EVAL	UAD	0										Á	REA	MÉDIO	CA		
															MÉD	OOO	EVAL	UADOF	₹	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

#### Secretariado Ejecutivo del

Sistema Estatal de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
RAMIREZ	TORRES	PAULA ELENA	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### 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:
I IIXIVIA.

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Ejecutivo del CENTRO ESTATAL DE E

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			MANENCIA		) P	ROMO	OCIÓI	N (	$\supset$	LICE	ENCIA OF	ICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	RAMIRE	Z TORRES I	PAULA	ELEN	IA									
EDAD	28 AÑOS	SEXO	FEMENIN	0					FECHA	SIN	N FECHA				
RFC	R	A T	P 9	3	0	7	2	8							
CARGO	OPERATIVA	S						1				-11	Į.		
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIÓ	V					
MUNICIPIO	CHILPANCIN	IGO DE LO	S BRAVO						TELEFO	ONO	8129447	7534			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIEN	го.												
UNIDAD QL	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO	DEL C	.E.E. `	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL MI	ÉXICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C.	P. 390	70 COL. HE	RMEN	NEGILDO GA	ALEANA, (	CHILPAN	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
facultad para ap 'Me compromet próxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inte	to a llevar a ca ción con las inco con facultative grado."  N CLÍNICO  TO ACTUAL:	bo las recon licaciones so	nendaciones olventadas ei	médica n el laps	s con so de t	el efe	cto de no m	cump ayor o	olir con el de 3 a 5 d	l perfi lías h	ábiles, cor	n docume	ento co	mprob	oable y
T/A:121/T85 F0		50													
IMPRESIÓN DI															
	AR V 515 5-	. =\									<b>1</b> — —				
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD	O								ARE	A MÉDIC	JA .		
											MÉDIC	O EVALI	JADOR	R	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Ejecutivo del Sistema Estatal de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

PONCE	SANTAMARIA	ACEPTO LUIS ENRIQUE	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo LUIS ENRIQUE PONCE SANTAMARIA
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."
amenazas o intimidación alguna.
FIRMA:

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA
CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO

<u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>

#### Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			MANENCIA		) P	ROM	OCIÓ	v (		LICE	ENCIA OF	FICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	PONCE S	SANTAMAR	IA LUIS	S ENR	IQUE									
EDAD	22 AÑOS	SEXO	MASCULIN			-			FECHA	SIN	N FECHA				
RFC	Р	o s	L 9	9	0	9	1	0	Ή Τ						
CARGO	OPERATIVAS	 S													
	ÓN SSP ES								REGIÓI	N					
MUNICIPIO	CHILPANCIN		S BRAVO						TELEFO	ОИС	7442976	6827			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIEN1	ГО.												
UNIDAD QL	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO E	DEL C	.E.E.	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL MÉ	XICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C	P. 390	70 COL. HI	ERMEN	NEGILDO G	ALEANA, (	CHILPAI	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO											-			
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
acultad para ap Me compromet oróxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inte	to a llevar a ca ción con las inco con facultative grado."	bo las recon licaciones so	nendaciones olventadas er	médica n el laps	s con so de t	el efe	cto de no m	cump ayor o	plir con e de 3 a 5 d	l perfi días h	ábiles, cor	n docum	ento co	mprob	oable y
EXÁMEN CLÍN	IICO:														
T/A:125/T80 F0	C:71 FR:17 T:36	.20													
IMPRESIÓN DI	IAGNÓSTICA:														
war-	or v ripus 5-	- F.V.A									<i>i</i> = -	- A BAÉS-1	24		
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD	U								ARE	A MÉDIO	JA		
											MÉDIC	O EVAL	UADOR	R	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
LEMUS	JIMENEZ	KEVIN	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### 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

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE										,									
NUEVO INGF	RESC			PERM	IANEN	CIA	$\bigcirc$	) P	ROM	OCIO	N (		LIC	ENCIA	A OFI	CIAL C	COLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EV	ALUADO	LEM	1US J	IMENE	ZKE	VIN												
EDAD	27 A	ÑOS	SI	EXO	MASC	CULIN	10					FECH	A SI	N FEC	CHA				
RFC		L	E	J	K	9	4	0	7	2	5								
CARGO	OPE	RATIVAS	3																
CORPORACI	ÓN	SSP ES	TATAL	-								REGIO	ЙN						
MUNICIPIO	CHIL	PANCIN	GO D	E LOS	S BRA\	<b>/</b> O						TELEF	ONO	781	10919	918			
II. DATOS D	EL E	ESTABL	ECIM	IIENT	О.														
UNIDAD QU	IE EI	NVÍA	DEP/	RTA	MENTO	) MÉI	DICO [	DEL C	.E.E.	Y C.C									
DOMICILIO			CARRE	TERA	NACION	IAL MÉ	XICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C.	P. 390	70 COL.	HERME	NEGILE	OO GAL	LEANA,	CHILPA	NCING	O GRO.
MOTIVO DE	EN'	√ĺO																	
ESTABLECIMIEN	VTO Q	UE ENVÍA	DEPA	ARTA	MENTO	) MÉI	DICO												
acultad para ap Me compromet oróxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inter	o a lleción con con grado	evar a ca on las inc facultative ."	bo las licacior	recon	nendaci olventad	ones las en	médica el laps	s con so de t	el efe iempo	cto de no m	cump ayor c	olir con de 3 a 5	el peri días l	nábiles	s, con	docum	ento co	ompro	bable y
PADECIMIENT  EXÁMEN CLÍN		TUAL:																	
T/A:150/T100 F		ED:18 T:3	6 50																
IMPRESIÓN DI			0.00																
NOMBR	EYF	IRMA DE	L EVAI	UAD	)										ÁREA	MÉDI	CA		
														ME	ÉDICO	) EVAL	UADOF	₹	
						_		- 1											

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
GOMEZ	GUINTO	FRANCISCO	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo	FRANCISCO GOMEZ GUII	NTO
Inicié a las		evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación
Médico clínica	concluyó siendo las:_	horas.
breve comenta atendió. Si tien	rio respecto a la evaluació e alguna queja, sugerencia	una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un ón y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los endrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su
De no existir	queja u objeción firme el ca	alce para ratificar la siguiente afirmación:
en el momento	•	edica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño,
	FIRMA:	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Ejecutivo del CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y
Sistema Estatal
de Seguridad Pública

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			MANENCIA		) P	ROMO	OCIÓI	N (		LICE	NCIA OF	ICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	GOMEZ	GUINTO FR	ANCIS	СО										
EDAD	31 AÑOS	SEXO	MASCULIN	1O					FECHA	SIN	I FECHA				
RFC	G	O G	F 9	0	0	5	2	4	Ή Ι						
CARGO	OPERATIVA	S S							-						
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIÓN	1					
MUNICIPIO	CHILPANCIN	IGO DE LO	S BRAVO						TELEFO	ONO	9861149	9309			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIENT	го.												
UNIDAD QU	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO E	DEL C	.E.E. `	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL MÉ	XICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C.	P. 390	70 COL. HE	RMEN	IEGILDO G	ALEANA, (	CHILPAI	NCINGO	O GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
facultad para ap "Me compromet próxima evaluac legal, asistiendo diagnóstico inte  III. RESUMEN  PADECIMIENT  EXÁMEN CLÍN	to a llevar a ca ción con las inco con facultative grado."  N CLÍNICO  TO ACTUAL:	bo las recon licaciones so	nendaciones olventadas er	médica n el laps	s con so de t	el efe iempo	cto de no m	cump ayor d	plir con el de 3 a 5 d	perfil	ábiles, cor	n docum	ento co	omprob	oable y
T/A:129/T93 FC		50													
IMPRESIÓN DI															
Nonza	OF V FIRMA ST	LEVALUAD									Á.F.	A MÉDI	2.4		
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD	0								ARE	A MÉDIO	JA		
											MÉDIC	O EVALI	UADOF	₹	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
CATALAN	GARCIA	GEOVANNA	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### FORMATO DE OPINIÓN Y COMENTARIO

Chilpancingo Gro. a 05 de Mayo de 2022

Yo	GEOVANNA CATALAN GARCIA
Inicié a las	: horas el proceso de evaluación. Mediante este escrito se me informó que la evaluación
Médico clínica	concluyó siendo las:horas.
breve comentatendió. Si tier	nuestro servicio y brindar una mejor atención, por favor, en el recuadro adjunto escriba un tario respecto a la evaluación y al trato que recibió por parte del Personal Médico que lo ne alguna queja, sugerencia u objeción en este momento regístrelo en el mismo espacio. Los idos en este formato no tendrán ninguna repercusión negativa en los resultados de su
De no exist	tir queja u objeción firme el calce para ratificar la siguiente afirmación:
en el momento	ne presenté la evaluación Médica Clínica por mi libre voluntad, sabiendo que pude suspenderlo eo en el que lo deseara; que no se me formuló ninguna promesa y que no fui objeto de daño, ntimidación alguna."
	FIRMA:

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública





#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			1ANENCIA		) P	ROMO	OCIÓ	N (	$\supset$	LICE	ENCIA OF	FICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	CATALAN	N GARCIA	GEOVA	NNA										
EDAD	30 AÑOS	SEXO	FEMENIN	10					FECH/	A SIN	N FECHA	<u> </u>			
RFC	С	A G	G 9	1	1	1	0	7	Ή						
CARGO	OPERATIVA	S		L										-	
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIĆ	N					
MUNICIPIO	CHILPANCIN	IGO DE LO	S BRAVO						TELEF	ONO	742114	4749			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIENT	го.												
UNIDAD QL	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO ME	ÉDICO [	DEL C	E.E.	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL M	1ÉXICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C	P. 390	70 COL. H	IERMEN	NEGILDO G	ALEANA,	CHILPAN	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO ME	ÉDICO											
acultad para ap Me compromet próxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inter III. RESUMEN PADECIMIENT	to a llevar a ca ción con las inco con facultative grado."  N CLÍNICO  TO ACTUAL:	bo las recon licaciones so	nendaciones olventadas e	s médica en el laps	s con so de t	el efe	cto de no m	cump ayor o	plir con de 3 a 5	el perfi días h	ábiles, co	n docum	ento co	mprob	able y
EXÁMEN CLÍN															
T/A:125/T70 FC		.30													
NOMPO	DE VEIDMA DE	LEVALUAD	2								ÁD	EA MÉDIA	24		
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD									AKI	EA MÉDIO	JA		
											MÉDIO	CO EVAL	UADOR	ł	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
CHAVEZ	DONJUAN	ISMARI CELESTE	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### 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:
FINIVIA.

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			MANENCIA		) P	ROMO	OCIÓ	N (	$\supset$	LICE	ENCIA OF	ICIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	CHAVEZ	DONJUAN	ISMAR	I CEL	ESTE									
EDAD	EDAD 32 AÑOS SEXO FEMENINO														
RFC	С	A D	I 8	9	0	6	2	3							
CARGO	OPERATIVAS	3	•		•		•	•	•		•	•			
CORPORACI		REGIÓN													
MUNICIPIO CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										ONC	7471096	5502			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIEN	го.												
UNIDAD QL	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO	DEL C	.E.E.	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL M	ÉXICO-A	CAPUL	CO KM.	270 C	P. 390	70 COL. HE	RMEN	NEGILDO GA	ALEANA, (	CHILPAI	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
sistema referentiacultad para aptime comprometoróxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico interestada egal, asistiendo egal, egal, asistiendo egal,	olicar evaluaciono a llevar a cación con las incocon facultativo grado."  N CLÍNICO  TO ACTUAL:  IICO:	nes, por lo q bo las recon licaciones so o si es reque	ue se envía a nendaciones olventadas e	a persoi médica n el laps	nal par s con so de t	ra valo el efe tiempo	raciór cto de no m	médi cum ayor d	ica oportu olir con e de 3 a 5 d	ina. I perfi lías h	l de puest ábiles, cor	o asigna	ido, ac ento co	udiend omprob	lo a mi pable y
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUAD	0								ÁRE	:A MÉDIO	CA		
											MÉDIC	O EVALI	UADOR	2	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO

#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
CASTREJON	BUCIO	JORGE FRANCISCO	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### 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."
differiazas o intifficación diguita.
FIRMA:

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE IDE			MANEN	ICIA		Р	ROM	OCIÓ	N (	$\supset$	LIC	ENCIA	OFI	CIAL C	OLEC	TIVA	
NOMBRE DEL EV	ALUADO	CASTR	EJON BI	UCIO	JORG	E FRA	ANCIS	SCO									
EDAD 31 A	ÑOS	SEXC	MASO	CULIN	10					FECH	IA SI	N FEC	HA				
RFC	С	АВ	J	9	0	0	8	1	9								
CARGO OPE	RATIVAS	 S	-11				•	•	1					I			
CORPORACIÓN	SSP ES	TATAL								REGI	ÓN						
MUNICIPIO CHII	PANCIN	GO DE LO	S BRA	VO						TELE	FONO	754	10019	)44			
II. DATOS DEL I	ESTABL	ECIMIEN	ITO.														
UNIDAD QUE EI	NVÍA	DEPART	AMENTO	O MÉI	DICO [	DEL C	.E.E.	Y C.C	;.								
DOMICILIO		CARRETER	A NACION	NAL MÉ	XICO-A	CAPUL	CO KM	. 270 C	P. 390	70 COL.	HERME	NEGILD	O GAL	EANA, (	CHILPAI	NCING	O GRO.
MOTIVO DE EN	VÍO																
ESTABLECIMIENTO Q	UE ENVÍA	DEPART.	AMENTO	O MÉI	DICO												
sistema referencia-co facultad para aplicar of 'Me comprometo a ll próxima evaluación of legal, asistiendo con diagnóstico integrado III. RESUMEN CLÍ	evaluacione evar a ca con las inco facultativo o."	nes, por lo bo las reco licaciones :	que se e mendaci solventac	nvía a iones das en	persor médica el laps	nal pai is con so de t	ra valo el efe tiempo	oración cto de o no m	méd cump ayor d	ica opo plir con de 3 a s	rtuna. el perf 5 días h	fil de p nábiles	uesto , con	asigna docum	do, ac ento co	udieno	do a mi bable y
EXÁMEN CLÍNICO:																	
T/A:130/T85 FC:78 F		.30															
IMPRESIÓN DIAGN	USTICA:																
NOMBRE Y F	FIRMA DE	L EVALUA	00										ÁREA	MÉDIC	CA		
														EVAL		₹	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

de Seguridad Pública

#### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEPARTAMENTO MÉDICO



#### 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 cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura y valoración de aqudeza 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 claúsulas expuestas y asumirlas como compromisos de observancia obligatoria, por lo que:

		ACEPTO	
AGUSTIN	GARCIA	ITZEL	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Firma

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

## SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO <u>DEPARTAMENTO MÉDICO</u>



### 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.
Tiords.
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:
1 11 (1977 ).

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO

### SECRETARIADO EJECUTIVO DEL SISTEMA ESTATAL DE SEGURIDAD PÚBLICA CENTRO ESTATAL DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE CONFIANZA DEL ESTADO DE GUERRERO DEDA DETA MENICO. MÉDICO.

Ejecutivo del CENTR Sistema Estatal de Seguridad Pública

#### **DEPARTAMENTO MÉDICO**



#### **CARTA COMPROMISO**

I. FICHA DE			IANENCIA		P	ROMO	OCIÓ	N (	$\supset$	LICE	ENCIA OF	FICIAL C	OLEC <sup>.</sup>	TIVA	
NOMBRE DE	L EVALUADO	AGUSTIN	I GARCIA IT	ΓZEL											
EDAD	18 AÑOS	SEXO	FEMENING	<b>O</b>					FECHA	SIN	I FECHA				
RFC	А	U G	1 0	3	0	6	2	5	Ί						
CARGO	OPERATIVAS	 S	· ·	-					-			-			
CORPORACI	ÓN SSP ES	TATAL							REGIÓN	N					
MUNICIPIO	MUNICIPIO CHILPANCINGO DE LOS BRAVO										7451078	3901			
II. DATOS D	EL ESTABL	ECIMIENT	·о.												
UNIDAD QU	JE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO E	EL C	.E.E. `	Y C.C								
DOMICILIO		CARRETERA	NACIONAL ME	ÉXICO-AC	CAPULO	CO KM.	270 C	P. 390	70 COL. HE	RMEN	NEGILDO G	ALEANA, (	CHILPAN	NCINGO	GRO.
MOTIVO DE	ENVÍO														
ESTABLECIMIEN	NTO QUE ENVÍA	DEPARTA	MENTO MÉ	DICO											
sistema referentiacultad para ap l'Me compromet próxima evaluad egal, asistiendo diagnóstico inter III. RESUMEN PADECIMIENT	olicar evaluaciono a llevar a ca ción con las inco o con facultativo grado."  N CLÍNICO  TO ACTUAL:	nes, por lo qu bo las recom licaciones so	ue se envía a nendaciones olventadas er	a persor médica n el laps	nal par s con so de t	a valo el efe iempo	raciór cto de no m	médi cump ayor c	ica oportu olir con el de 3 a 5 d	ina.   perfil lías ha	l de puest ábiles, co	to asigna n docume	do, aci	udiendo mprob	o a mi able y
T/A:/T FC: FR:															
IMPRESIÓN DI															
											<i>:</i> -	<u> </u>			
NOMBR	RE Y FIRMA DE	L EVALUADO	)								ARE	A MÉDIC	A		
											MÉDIC	O EVAL	JADOR	l .	

HUELLA DEL DEDO ÍNDICE DERECHO