



AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL PROGRAMA LAZOS Y COMPROMISOS POR LA SALUD

La Secretaría de Justicia Social y Participación Ciudadana, con domicilio en la avenida CTM, entre avenida 115 y 125, manzana 053, lote 2, fraccionamiento la gran plaza de la Riviera, código postal 77712, de la ciudad de Playa del Carmen, Solidaridad, Quintana Roo, informa que es responsable del tratamiento de los Datos Personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos de conformidad a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados, la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Quintana Roo y demás normatividad que resulte aplicable.

¿DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN Y SU FINALIDAD?

Sus datos personales serán utilizados con la finalidad de atender las solicitudes de apoyos y para la realización de estudios socio-económicos, y canalizarlo a las dependencias y entidades de la Administración Pública Municipal, para aclarar dudas sobre sus datos, realizar reportes de informes trimestrales en el cumplimiento de las obligaciones de transparencia establecidas en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Quintana Roo, así como para llevar las estadísticas de apoyos sociales otorgados cuando así se requieran y para la elaboración de informes; la finalidad para este programa es que en el Municipio de Solidaridad se beneficien con este programa la cual consta en el cuidado de la salud visual a través de la entrega de lentes a alumnos de escuelas de nivel básico y habitantes del Municipio de Solidaridad; el Cuidado de la salud bucal, enfocado a alumnos nivel Primaria, mediante la entrega de cepillo dental, pasta dental y pastillas reveladoras de placa bacteriana y entrega de prótesis mamarias externas para uso posterior a una mastectomía.

Para las finalidades antes señaladas se recaban los siguientes datos personales: **1.** Datos Generales del Beneficiario (Nombre Completo, Edad, Fecha de Nacimiento, Curp, Estado Civil, Escolaridad, Derechohabencia, Domicilio Completo y teléfono) **2.** Tipo de Apoyo Solicitado, **3.** Grupo Familiar, **4.** Ocupación, **5.** Ingreso Familiar, **6.** Egreso Familiar, **7.** Salario, **8.** Situación Económica, **9.** Tipo de Vivienda, **10.** No. Dormitorios; Solicitud de Apoyo; comprobante de Recibido (Nombre, domicilio, teléfono y firma); y Escrito Libre. Se informa que se recabarán datos personales sensibles como edad y domicilio.

Para el siguiente programa; **Lazos y Compromisos por la Salud.** Se recaba la siguiente documentación personal para estos cuatro procesos:

- 1. Cuidado de la Salud Visual en las Escuelas:** Copia de Identificación Oficial Vigente con Fotografía del padre, madre o tutor, copia de la boleta de calificaciones actualizado del alumno, Copia de la CURP del padre, madre o tutor, Copia de Comprobante de domicilio (no mayor a dos meses), solicitud dirigida a la Presidenta Municipal de Solidaridad, acreditar a través de la valoración de agudeza visual ser candidatos para recibir el apoyo.



2. **Cuidado de la Salud Visual al Público en General:** Copia de Identificación Oficial Vigente con Fotografía, Copia de la CURP, Copia de Comprobante de domicilio (no mayor a dos meses), solicitud dirigida a la Presidenta Municipal de Solidaridad con atención al Titular de la Secretaría de Justicia Social y Participación Ciudadana donde manifiesta la necesidad y consideración para ser tomado en cuenta en el programa, acreditar a través de la valoración de agudeza visual ser candidatos para recibir el apoyo.
3. **Salud bucal:** Copia de la lista de asistencia de los alumnos (del salón beneficiado), ser estudiante de escuela pública o privada nivel primaria, solicitud dirigida a la Presidenta Municipal de Solidaridad con atención al Titular de la Secretaría de Justicia Social y Participación Ciudadana donde manifiesta la necesidad y consideración para ser tomado en cuenta en el programa.
4. **Prótesis mamaria:** Copia de Identificación Oficial Vigente con Fotografía, Copia de la CURP, Copia de Comprobante de domicilio (no mayor a dos meses), solicitud dirigida a la Presidenta Municipal de Solidaridad con atención al Titular de la Secretaría de Justicia Social y Participación Ciudadana donde manifiesta la necesidad y consideración para ser tomado en cuenta en el programa, ser paciente pos operada de una mastectomía comprobable.

TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES.

Se informa que esta Secretaría de Justicia Social y Participación Ciudadana realiza transferencias de los datos personales, a la Secretaría de Planeación y Evaluación para el cumplimiento del Plan de Trabajo, para integrar un padrón único de beneficiarios con la finalidad de darle la oportunidad a más personas de acceder a los diferentes programas sociales que ofrecen los 3 órdenes de gobierno Municipal, Estatal y Federal.

Se realiza un informe Trimestral a la Tesorería para cumplir con los lineamientos contables estipulados por el Consejo de Armonización Contable, por lo cual se le transfiere los datos a la Tesorería Municipal.

Se informa que no se realizarán transferencias adicionales de datos personales, salvo aquellas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Para mayor detalle consulte nuestro **aviso de privacidad integral**, mismo que podrá descargar en el presente link: <https://gobiernodesolidaridad.gob.mx/avisosdeprivacidad>