

## SOLICITUD DE REGISTRO Y CONSTANCIA DE INFORMACIÓN

**PECD-01**

ENTIDAD \_\_\_\_\_

DISCIPLINA \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_

FOLIO \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

NOMBRE \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) Completo (s) \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_  
(incluir extensión) \_\_\_\_\_ RFC (CON HOMOCLAVE) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

### DATOS LABORALES

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN _____	AÑO DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN. _____
SERVICIO DE ADSCRIPCIÓN _____	HORARIO _____
PUESTO _____	CÓDIGO _____
PRINCIPALES FUNCIONES. _____	

### ORIGINALES DE DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA VALIDAR (SOLO PROcede SI EL DOCUMENTO SE ENCUENTRAN EN PLATAFORMA)

COPIA DE NOMBRAMIENTO O EQUIVALENTE \_\_\_\_\_  
COPIA DE TALÓN DE PAGO (ENERO 2024) \_\_\_\_\_

DOCUMENTO QUE AVALE FORMACIÓN ACADÉMICA. \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona que cotejó con originales. \_\_\_\_\_

Fecha de entrega del expediente \_\_\_\_\_

### CONSTANCIA DE INFORMACIÓN

Hago constar que tengo información suficiente y satisfactoria sobre el objetivo, características y metodología del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud, otorgando mi consentimiento para que sea evaluado mi desempeño durante el periodo que abarca del 1 de enero al 15 de diciembre de 2024.

Me comprometo a realizar las actividades establecidas en el Calendario 2024, dentro de los plazos previstos en el mismo, por lo que en caso de omisión se entenderá tácitamente que no deseo continuar en el Programa.

Acepto que el participar en el programa no implica que resultaré beneficiado del mismo, aun cuando mi calificación se encuentre dentro de los rangos establecidos en la normatividad, derivado de la disponibilidad presupuestal y número de estímulos.

Me comprometo a revisar y conocer el catálogo de las evidencias requeridas para mi evaluación y colocar en mi expediente electrónico la documentación requerida, así como entregar en tiempo y forma la documentación necesaria para conformar mi expediente completo a la comisión de mi unidad de adscripción, colaborando en la evaluación de mi desempeño de acuerdo con los lineamientos establecidos en la normatividad del Programa. Tengo conocimiento que de no hacerlo así se verá afectada mi calificación y participación en el Programa.

Tengo conocimiento de que si entre la documentación que presente para sustentar mi evaluación se encontraran documentos apócrifos y/o alterados, se hará del conocimiento de las autoridades administrativas correspondientes quienes determinarán las sanciones aplicables.

### AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO DEL SISTEMA DEL PROGRAMA DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD

La Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, con domicilio en Avenida Marina Nacional número 60, 8º Piso, Colonia Tacuba, Demarcación Territorial Miguel Hidalgo, Código Postal 11410, en la Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que se proporcionen en el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño

del Personal de Salud, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (LGPDPSO) y demás normatividad aplicable.

**¿Qué datos personales se recaban y con qué finalidad?**

Los datos personales que se proporcionen en la plataforma del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud serán utilizados para los procedimientos administrativos relacionados con la evaluación y seguimiento de su desempeño laboral durante el periodo de evaluación y en caso de ser acreedor del estímulo, la generación del pago correspondiente.

Los datos personales e información solicitados son:

- **De identificación:** Registro Federal de Contribuyentes (RFC).
- **De contacto:** Correo electrónico personal o teléfono personal o celular.

**AVISO DE PRIVADIDAD**

El Aviso de Privacidad del Sistema del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud está disponible para su consulta en la página web: [http://www.transparencia.salud.gob.mx/transparencia/proteccion\\_datos/AvisosPrivacidad/10.\\_Aviso\\_Privacidad\\_Estimulos\\_2024\\_09\\_04\\_24.pdf](http://www.transparencia.salud.gob.mx/transparencia/proteccion_datos/AvisosPrivacidad/10._Aviso_Privacidad_Estimulos_2024_09_04_24.pdf)

**Nombre y firma del Candidato**