



COMISIÓN MIXTA DE ADMISIÓN Y PROMOCIÓN CONVOCATORIA: CON-CMAyP-005-2024

ANEXO B

CONVOCATORIA PÚBLICA ABIERTA CON-CMAyP-005-2024



FOLIO: _____

FORMATO DE REGISTRO PARA PARTICIPAR EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA ABIERTA

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ DEL 2024

DATOS DE LA PLAZA A CONCURSAR

Tipo de contratación:

Nivel: 160

Opción 1

Plaza: _____ Área/ Planteles: _____ Turno: _____

Opción 2

Plaza: _____ Área/ Planteles: _____ Turno: _____

Opción 3

Plaza: _____ Área/ Planteles: _____ Turno: _____

DATOS PERSONALES

PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)
FECHA DE NACIMIENTO: _____	LUGAR DE NACIMIENTO: _____	
REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES CON HOMOCLOVE (R.F.C.): _____		
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (C.U.R.P.): _____		
EDAD: _____	ESTADO CIVIL: _____	
DOMICILIO PARTICULAR: _____		
	CALLE Y NÚMERO	COLONIA
	CÓDIGO POSTAL	ALCALDÍA
TELÉFONO PARTICULAR Y/O CELULAR: _____		CORREO ELECTRÓNICO: _____
NIVEL ESCOLAR: _____	DESCRIPCIÓN ACADÉMICA: _____	
EGRESADO DE: _____	COMPROBANTE DE ESCOLARIDAD: _____	
COMPROBANTE DE EXPERIENCIA: _____		

Av. División del Norte 906, Col. Narvarte Poniente, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03020, Ciudad de México.

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]



COMISIÓN MIXTA DE ADMISIÓN Y PROMOCIÓN CONVOCATORIA: CON-CMAyP-005-2024

CONVOCATORIA No. CON-CMAyP-005-2024

FECHA Y HORA PARA APLICACIÓN DE EXAMEN:

- Evaluación de conocimientos:

LUGAR	FECHA	HORA
- Batería Laboral:

LUGAR	FECHA	HORA

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

La Dirección de Administración y Finanzas del Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México, es la responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales "SISTEMA INTEGRAL DE GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR DE LA CIUDAD DE MÉXICO".

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad de recabar los documentos necesarios para la contratación de personal, integración de expediente y gestionar los trámites de prestaciones sociales y pago correspondientes. Y serán transferidos a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, Auditoría Superior de la Ciudad de México, Instituto de Transparencia, Acceso a la Información Pública, Protección de Datos Personales y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Fondo de Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Organos Jurisdiccionales Federales y Locales, Organos de Control en cumplimiento a los requerimientos que en el ejercicio de sus atribuciones realicen, así como al Banco Mercantil del Norte, S.A., BBVA, S.A., Institución de Banca Múltiple, S.A., Grupo Financiero BBVA, Aseguradora Mafre Tepeyac S.A., Aseguradora Metlife México S.A., en cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato respectivo. Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales directamente ante la Unidad de Transparencia del Instituto de Educación Media Superior de la Ciudad de México, ubicada en Avenida División del Norte 906, Colonia Narvarte Poniente, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03020, Primer Piso, Ciudad de México, con número telefónico 5636-2500, extensión 102.

Para conocer el Aviso de Privacidad Integral puede acudir directamente a la Unidad de Transparencia o ingresar a la página: http://www.iems.edu.mx/seccion-transparencia_307-1.html

"Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales del Seguro de Vida Institucional, el cual tiene su fundamento en la "Normatividad EN Materia de Administración de Recursos" Circulares Uno y Uno bis, Numerales 4, 4.3, 3.3.3 y el Contrato celebrado por el Gobierno del Distrito Federal y la Aseguradora que preste este servicio, cuya finalidad es ofrecer al trabajador en activo y/o beneficiarios designados por éste, el pago oportuno del Seguro de Vida Institucional, que cubre los riesgos de fallecimiento o incapacidad total y permanente y/o invalidez total permanente, y podrán ser transmitidos a la Aseguradora que se encuentre vigente para cubrir los riesgos de fallecimiento o incapacidad total y permanente y/o invalidez total permanente, además de otras previstas en la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal" (en concordancia con el nuevo consentimiento para ser asegurado)

He leído y estoy de acuerdo con lo estipulado.

Nombre y firma: _____

Av. División del Norte 906, Col. Narvarte Poniente, Alcaldía Benito Juárez C.P. 03020, Ciudad de México.

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]