**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO**

**DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS**

**Nombre y domicilio del Responsable**

Servicios Educativos del Estado de Chihuahua (SEECH) con domicilio en Avenida Antonio de Montes No. 4700, Col. Panamericana, C.P. 31200, Chihuahua, Chih., con página web: <http://seech.gob.mx> teléfono (614)429-13-35; es responsable del tratamiento y salvaguarda de sus datos personales obtenidos ya sea por medios electrónicos, escritos o en forma personal y en cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de Chihuahua y sus Lineamientos.

**Datos personales que se recaban, Finalidad para la cual se obtienen y con quienes podrán transferirse:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TRÁMITE/SERVICIO**  **PERSONAL DOCENTE Y DE APOYO** | **DATOS PERSONALES QUE SE RECABAN** | **FINALIDAD PARA LA QUE SE RECABAN SUS DATOS PERSONALES** | **PODRÁN TRANSFERIRSE A LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES** |
| AFILIACIÓN DE PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO DE NUEVO INGRESO; INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE PERSONAL; CREDENCIALIZACIÓN Y CONSTANCIA DE SERVICIOS | RFC, CURP, NOMBRE COMPLETO, TELÉFONO, DOMICILIO PARTICULAR, FECHA DE NACIMIENTO, NO. DE CARTILLA DL SERVICIO MILITAR, ESTADO CIVIL, ESTATURA, CARTA DE NO ANTECEDENTES PENALES, FOTOGRAFÍA, CREDENCIAL PARA VOTAR, COMPROBANTE DE DOMICILIO Y REFERENCIAS PERSONALES | 1.- PROCESAMIENTO DE NÓMINA  2.- PAGO DE SALARIO A TRAVÉS DEL DEPTO. DE PAGOS | 1.- FONDO DE APORTACIONES PARA LA NÓMINA EDUCATIVA Y EL GASTO OPERATIVO (FONE)  2.- INSTITUCIONES BANCARIAS |
| ALTA SEGURO INSTITUCIONAL Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS | NOMBRE COMPLETO, RFC, TALÓN DE PAGO Y NOMBRES DE LOS BENEFICIARIOS CON FECHA DE NACIMIENTO | PAGO DEL SEGURO POR FALLECIMIENTO E INVALIDEZ Y POR RETIRO (JUBILACIÓN) | ASEGURADORA MET-LIFE |
| IDENTIFICACIÓN DE AFORE/UNIFICACIÓN DE CUENTAS EN AFORE | NOMBRE(S), APELLIDOS, CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP), REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC) | IDENTIFICAR APORTACIONES DE LOS TRABAJADORES (SAR) | A LAS AFORES PARA INFORMAR CON QUÉ CURP/RFC/NOMBRE(S) REALIZÓ EL ENTERO DE APORTACIONES EL PATRÓN (SEECH) |
| ALTAS, BAJAS, MODIFICACIÓN DE SUELDO, REVISIÓN DE HISTORIAL LABORAL | NOMBRE(S), APELLIDOS, CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP), REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC) DOMICILIO, SUELDO, PLAZA PRESUPUESTAL | IDENTIFICAR A CADA TRABAJADOR E INFORMAR AL ISSSTE PARA EL PAGO CUOTAS Y APORTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL | AL ISSSTE PARA DAR DE ALTA AL TRABAJADOR (A), MODIFICACIONES AL SUELDO BÁSICO DE COTIZACIÓN O BAJA DEL SERVICIO. ACCESO A LAS PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL (SERVICIO MÉDICO, PRÉSTAMOS, RIESGOS DE TRABAJO, INCAPACIDADES, ETC) |
| REVISIÓN E INFORMACIÓN DEL AHORRO SOLIDARIO | NOMBRE(S), APELLIDOS, CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP), REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC) TELÉFONO | PARA INCORPORAR AL BENEFICIO DEL AHORRO SOLIDARIO A LOS TRABAJADORES DEL RÉGIMEN DE CUENTAS INDIVIDUALES E INCREMENTAR EL AHORRO PARA SU PENSIÓN | NO SE TRANSFIEREN |
| CORRECCIÓN DE DATOS PERSONALES (RFC/CURP/NOMBRE(S) APELLIDOS) | NOMBRE(S), APELLIDOS, CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP), REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (RFC), DOMICILIO, TELÉFONO | QUE LA BASE DE DATOS PERSONALES DE NUESTRA DEPENDENCIA CUENTE CON LOS DATOS CORRECTOS DEL TRABAJADOR ANTE SAT Y RENAPO PARA EMITIR SU PAGO CORRESPONDIENTE | NO SE TRANSFIEREN |
| ESTÍMULOS POR ANTIGÜEDAD A PERSONAL DOCENTE Y DE APOYO | RFC, CURP, CLABE INTERBANCARIA, NOMCBRE COMPLETO, DOMICILIO PARTICULAR, TELÉFONO, CENTRO DE TRABAJO, NO. DE PLAZA, FECHA DE INGRESO, FIRMA AUTÓGRAFA. BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO Y BENEFICIARIOS DE PENSIÓN ALIMENTICIA, EN SU CASO. | 1.- PAGO DE ESTIMULO ECONÓMICO AL PERSONAL DE APOYO CON 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45 Y 50 AÑOS DE ANTIGUEDAD  2.- PAGO DE ESTÍMULO ECONÓMICO A PERSONAL DOCENTE POR 30 Y 40 AÑOS DE SERVICIO | 1.-FONDO DE APORTACIONES PARA LA NÓMINA EDUCATIVA Y EL GASTO OPERATIVO (FONE)  2.- DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y ORGANIZACIÓN DE LA SEP |
| 1.REGISTRO DE ASISTENCIA  2.LICENCIAS MÉDICAS  (PERSONAL ADMVO. ADSCRITO A OFICINAS CENTRALES) | 1.HUELLA DIGITAL  2.NOMBRE COMPLETO, RFC Y DIAGNÓSTICO | 1.REGISTRO DE ASISTENCIA  2.JUSTIFICACIÓN DE FALTAS | NO SE TRANSFIEREN |
| HOJA ÚNICA DE SERVICIOS PARA CUALQUIER TIPO DE BAJA | CREDENCIAL PARA VOTAR PARA ACREDITAR SU IDENTIDAD | PAGO DE PENSIÓN Y PAGO DE CUALQUIER TIPO DE BAJA | NO SE TRANSFIEREN |
| LICENCIAS MÉDICAS | NOMBRE COMPLETO, RFC, DIAGNÓSTICO | CAPTURA EN EL SISTEMA DE LICENCIAS MÉDICAS PARA CONTROL DE DÍAS DE INCAPACIDAD POR AÑO | NO SE TRANSFIEREN |

Sus datos personales además, podrán ser transferidos para atender requerimientos de información de una autoridad competente, siempre y cuando estén debidamente fundados y motivados.

**Datos personales sensibles**

Debido a que recabamos datos personales sensibles, será necesario que otorgue su consentimiento al calce de este documento.

**Derechos A.R.C.O.**

Usted podrá ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición y Portabilidad de datos personales (ARCO), directamente ante la Unidad de Transparencia de este Organismo, ubicada en la Av. Antonio de Montes No. 4700, Col. Panamericana, C.P. 31200, Chihuahua, Chih., con teléfono (614) 429-13-35 Extensión 13133, o bien, a través del correo electrónico: [modulo.transparencia@seech.edu.mx](mailto:modulo.transparencia@seech.edu.mx) o por medio de la Plataforma Nacional de Transparencia <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos o manifestar su negativa previo al tratamiento y transferencia de sus datos, puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al teléfono (614) 429-13-35 extensión 13133.

Usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral y sus cambios o actualizaciones en la siguiente página web http://seech.gob.mx

Manifiesto conocer los términos del presente Aviso de Privacidad y otorgo mi consentimiento:

**Nombre completo y firma del Titular de los Datos Personales:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Fecha de Elaboración: 20/09/2018*

*Fecha de Actualización:17/02/2023*