

## AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO

La **Dirección de Servicios de Apoyo a la Educación**, adscrita a la **Dirección General de Fortalecimiento Educativo**, que depende de la **Coordinación General de Educación Básica, perteneciente al Instituto Hidalguense de Educación**, pone a disposición de Usted este **Aviso de Privacidad Integral** con el objeto de informarle los propósitos principales del tratamiento al que serán sometidos sus datos personales, así mismo informarle sobre los alcances y condiciones generales del tratamiento, a fin de que esté en posibilidad de tomar decisiones informadas sobre el uso de sus datos personales y, en consecuencia, mantener el control y disposición sobre ellos.

Lo anterior con fundamento en el Artículo 67 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el estado de Hidalgo, así como a la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo en sus artículos 1°, 3° fracciones I y XXX, 34, 35 y 39 informándole lo siguiente:

Contar con su consentimiento tácito, es decir cuando habiéndose puesto a disposición de Usted, este aviso de privacidad integral, no manifieste su voluntad en sentido contrario, o consentimiento expreso, a través de su firma, cuando por la naturaleza de los datos personales a tratar, así se requiera e informarle que estarán protegidos conforme a lo dispuesto por los artículos 12, 13, 14, 19, 20, 22, 32, 34, 39, 43, 70, 75, 76, 79, 81 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados para el Estado de Hidalgo (LPDPPSOEH).

### DENOMINACIÓN DEL RESPONSABLE

Se le informa a Usted, el nombre del responsable que tendrá a su cargo la protección de sus datos personales.

*(Artículo 38 fracción I de la LPDPPSOEH)*

SIGLAS	SUJETO OBLIGADO	ÁREAS ENCARGADAS DEL TRATAMIENTO
PEEH-IHE	Poder Ejecutivo del Estado de Hidalgo Instituto Hidalguense de Educación Dirección General de Fortalecimiento Educativo	Dirección de Servicios de Apoyo a la Educación

### DOMICILIO DEL RESPONSABLE

*(Artículo 39 fracción I de la LPDPPSOEH)*

Camino Real de la Plata No. 322  
Zona Plateada, Pachuca de Soto,  
C.P. 42084, Pachuca de Soto, Hgo.,  
Tel.: 771 71 3 37 05 Ext. 1018  
Correo electrónico: [verbien.hidalgo@seph.gob.mx](mailto:verbien.hidalgo@seph.gob.mx)

### DATOS PERSONALES RECADADOS

*(39 fracción II de la LPDPPSOEH)*

Únicamente los siguientes datos personales de Usted, serán recabados por este Ente Público para este tratamiento:

TITULAR	TIPO	DATOS PERSONALES	DATOS PERSONALES SENSIBLES
Del alumno	Identificación	Nombre, Edad, Sexo, Fecha de nacimiento, CURP	
	Académicos	Grado y Grupo	
	Salud	Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.	Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.
Del padre madre o tutor:	Identificación	Nombre	

**AVISO DE PRIVACIDAD  
INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO**

TITULAR	TIPO	DATOS PERSONALES	DATOS PERSONALES SENSIBLES
	Contacto	Número de teléfono celular particular.	

**TRATAMIENTO**

*(Artículo 38 fracción II y artículo 39 fracción III de la LPDPPSOEH)*

Se le informa a Usted, la operación que se le efectuará a sus datos personales:

TRATAMIENTO	OPERACIÓN	FUNDAMENTO LEGAL
Programa Ver Bien para Aprender Mejor.	Dotar de anteojos a estudiantes de educación primaria y secundaria de escuelas públicas.	<p>Art. 27, fracción I, II, III, y V del Estatuto Orgánico del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>2.9.3 objetivo específico y funciones específicas de la Dirección General de Fortalecimiento Educativo del Manual de Organización del Instituto Hidalguense de Educación.</p> <p>1.1.3.1 Objetivo específico y funciones específicas de la Dirección de Servicios de Apoyo a la Educación del Manual de Organización del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>Clausula Decima Cuarta (Confidencialidad) y Decima Quinta (Protección de Datos Personales) del Convenio de Colaboración Anual entre el Instituto Hidalguense de Educación y la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A. C.</p> <p>Art. 34 de la LPDPPSOH.</p>

**FINALIDADES DEL TRATAMIENTO**

*(Artículo 38 fracción II y artículo 39 fracción III de la LPDPPSOEH)*

Se le informa a Usted, que acciones se llevarán a cabo con sus datos personales derivado de este tratamiento:

TITULAR	FINALIDAD DEL TRATAMIENTO	DATOS PERSONALES A OCUPAR	CONSENTIMIENTO	ÁREA RESPONSABLE	FUNDAMENTO LEGAL
Alumno Padre madre o tutor	<p>1. Dar seguimiento, las acciones operativas y de resultados del programa.</p> <p>2. Difundir las acciones operativas y de resultados del programa.</p> <p>3. Supervisar las acciones operativas y de resultados del programa</p>	<p><b>Del alumno</b></p> <p>Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP</p> <p>Académicos: Grado y Grupo</p> <p>Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.</p> <p><b>Del padre madre o tutor:</b></p> <p>Identificación: Nombre</p> <p>Contacto: Número de teléfono celular particular.</p>	Tácito y Expreso	Dirección General de Fortalecimiento Educativo	<p>Art. 27, fracción I, II, III, y V del Estatuto Orgánico del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>2.9.3 objetivo específico y funciones específicas de la Dirección General de Fortalecimiento Educativo del Manual de Organización del Instituto Hidalguense de Educación.</p> <p>1.1.3.1 Objetivo específico y funciones específicas de la Dirección de Servicios de Apoyo a la Educación del Manual de Organización del</p>

**AVISO DE PRIVACIDAD  
INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO**

					<p>Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>Clausula Decima Cuarta (Confidencialidad) y Decima Quinta (Protección de Datos Personales) del Convenio de Colaboración Anual entre el Instituto Hidalguense de Educación y la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A. C.</p>
<p>4.- Para el llenado de las listas de los alumnos que serán beneficiados con lentes graduados gratuitos.</p> <p>5.-Para el cotejo general de alumnos beneficiados con lentes graduados gratuitos.</p> <p>6.- Para la elaboración de listas finales de alumnos beneficiados con lentes graduados gratuitos.</p> <p>7.- Para la integración de información en carpetas con listas originales de beneficiados con lentes graduados gratuitos como comprobación.</p>		<p><b>Del alumno</b></p> <p>Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP</p> <p>Académicos: Grado y Grupo</p> <p>Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.</p> <p><b>Del padre madre o tutor:</b></p> <p>Identificación: Nombre</p> <p>Contacto: Número de teléfono celular particular.</p>	Tácito y Expreso	Coordinación del Programa Ver Bien para Aprender Mejor	<p>Art. 27, fracción I, II, III, y V del Estatuto Orgánico del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>2.9.3 objetivo específico y funciones específicas de la Dirección General de Fortalecimiento Educativo del Manual de Organización del Instituto Hidalguense de Educación.</p> <p>1.1.3.1 Objetivo específico y funciones específicas de la Dirección de Servicios de Apoyo a la Educación del Manual de Organización del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>Clausula Decima Cuarta (Confidencialidad) y Decima Quinta (Protección de Datos Personales) del Convenio de Colaboración Anual entre el Instituto Hidalguense de Educación y la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A. C.</p>
<p>8. Coordinar las acciones operativas del programa</p> <p>9. Dar seguimiento, a las acciones operativas del programa</p> <p>10. Difundir las acciones operativas del programa</p> <p>11. Supervisar las acciones operativas del programa</p>		<p><b>Del alumno</b></p> <p>Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP</p> <p>Académicos: Grado y Grupo</p> <p>Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.</p> <p><b>Del padre madre o tutor:</b></p> <p>Identificación: Nombre</p> <p>Contacto: Número de teléfono celular particular.</p>	Tácito y Expreso	Dirección de Servicios de Apoyo a la Educación	<p>Art. 27, fracción I, II, III, y V del Estatuto Orgánico del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>2.9.3 objetivo específico y funciones específicas de la Dirección General de Fortalecimiento Educativo del Manual de Organización del Instituto Hidalguense de Educación.</p> <p>1.1.3.1 Objetivo específico y funciones específicas de la Dirección de Servicios de Apoyo a la Educación del Manual de Organización del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>Clausula Decima Cuarta (Confidencialidad) y Decima</p>

**AVISO DE PRIVACIDAD  
INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO**

					Quinta (Protección de Datos Personales) del Convenio de Colaboración Anual entre el Instituto Hidalguense de Educación y la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A. C.
12.- Remisión de carpetas con listas originales de beneficiados con lentes graduados gratuitos como parte de la comprobación de la ejecución del programa.		<p>Del alumno</p> <p>Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP</p> <p>Académicos: Grado y Grupo</p> <p>Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.</p> <p>Del padre madre o tutor:</p> <p>Identificación: Nombre</p> <p>Contacto: Número de teléfono celular particular.</p>	Tácito y Expreso	Dirección General de Recursos financieros.	<p>Art. 33 del Estatuto Orgánico del Instituto Hidalguense de Educación</p> <p>Clausula Segunda (Del Uso y Destino de los Recursos) del Convenio de Colaboración Anual entre el Instituto Hidalguense de Educación y la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A. C.</p>

**CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LAS FINALIDADES DEL TRATAMIENTO**

*(Artículos 19, 20, 21, 23, 24, 25 y 27 de la LPDPPSOEH)*

Se le informa a Usted, los datos personales que por su naturaleza requieren de su consentimiento expreso para que manifieste, a través de su voluntad libre, específica e informada, la autorización al Responsable del sujeto obligado Poder Ejecutivo- IHE (Unidad Estatal del Sistema para la carrera de las maestra y los maestros al tratamiento de sus datos personales para las finalidades citadas en los siguientes términos:

TITULAR	FINALIDAD	DATOS PERSONALES A OCUPAR	CONSENTIMIENTO EXPRESO	
			Si	No
<p>Del alumno</p> <p>Del padre madre o tutor:</p>	1. Dar seguimiento, difundir y supervisar las acciones operativas y de resultados del programa.	<p>Del alumno</p> <p>Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP</p> <p>Académicos: Grado y Grupo</p> <p>Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.</p> <p>Del padre madre o tutor:</p> <p>Identificación: Nombre</p> <p>Contacto: Número de teléfono celular particular.</p>	Si	No
<p>Del alumno</p> <p>Del padre madre o tutor:</p>	2.- Para el llenado de las listas de los alumnos que serán beneficiados con lentes graduados gratuitos.	<p>Del alumno</p> <p>Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP</p> <p>Académicos: Grado y Grupo</p>	Si	No

**AVISO DE PRIVACIDAD  
INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO**

TITULAR	FINALIDAD	DATOS PERSONALES A OCUPAR	CONSENTIMIENTO EXPRESO	
		Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.		
Del alumno  Del padre madre o tutor:	3.- Para la identificación de cada una de las recetas optométricas de los alumnos que serán beneficiado con lentes graduados gratuitos.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	Si	No
Del alumno  Del padre madre o tutor:	4.- Para el registro en el sistema de la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor respecto a alumnos atendidos con exámenes optométricos y alumnos que serán beneficiados con lentes graduados gratuitos.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	Si	No
Del alumno  Del padre madre o tutor:	5.-Para el cotejo general de alumnos beneficiados con lentes graduados gratuitos.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre	Si	No

**AVISO DE PRIVACIDAD  
INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO**

TITULAR	FINALIDAD	DATOS PERSONALES A OCUPAR	CONSENTIMIENTO EXPRESO	
		Contacto: Número de teléfono celular particular.		
Del alumno  Del padre madre o tutor:	6.- Para la elaboración de listas finales de alumnos beneficiados con lentes graduados gratuitos.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	Si	No
Del alumno  Del padre madre o tutor:	7.- Para la integración de información en carpetas con listas originales de beneficiados con lentes graduados gratuitos como comprobación.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	Si	No
Del alumno  Del padre madre o tutor:	8. Coordinar, dar seguimiento, difundir y supervisar las acciones operativas del programa.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	Si	No
Del alumno  Del padre madre o tutor:	9.- Remisión de carpetas con listas originales de beneficiados con lentes graduados gratuitos como parte de la comprobación de la ejecución del programa.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP	Si	No

## AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO

TITULAR	FINALIDAD	DATOS PERSONALES A OCUPAR	CONSENTIMIENTO EXPRESO
		Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	

### TRANSFERENCIAS

*(Artículo 38 fracción III y artículo 39 fracción III de la LPDPPSOEH)*

A continuación, se le informa por finalidad que datos se compartirán dentro o fuera del territorio mexicano con personas distintas a Usted, del responsable o del encargado:

TITULAR	ENTE A TRANSFERIR	FINALIDAD DE LA TRANSFERENCIA	DATOS PERSONALES A TRANSFERIR	CONSENTIMIENTO	FUNDAMENTO LEGAL
<b>Alumno</b>  <b>Padre madre o tutor</b>	Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A.C.	Para la identificación de cada una de las recetas optométricas de los alumnos que serán beneficiados con lentes graduados gratuitos.  Para el registro en el sistema de la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor respecto a alumnos atendidos con exámenes optométricos y alumnos que serán beneficiados con lentes graduados gratuitos.	Del alumno  Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	Tácito y Expreso	Clausula Decima Cuarta (Confidencialidad) y Decima Quinta (Protección de Datos Personales) del Convenio de Colaboración Anual entre el Instituto Hidalguense de Educación y la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A. C.

### CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LAS FINALIDADES DE LAS TRANSFERENCIAS

*(Artículos 19, 20, 21, 23, 24, 25 y 27 de la LPDPPSOEH)*

Se le informa a Usted, los datos personales que por su naturaleza requieren de su consentimiento expreso para que manifieste, a través de su voluntad libre, específica e informada, la autorización al responsable del sujeto obligado Poder Ejecutivo- IHE (Unidad Estatal del Sistema para la carrera de las maestras y los maestros para la transferencia de sus datos personales para las finalidades citadas en los siguientes términos:

## AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO

TITULAR	ENTE A TRANSFERIR	FINALIDAD DE LA TRANSFERENCIA	DATOS PERSONALES A TRANSFERIR	CONSENTIMIENTO EXPRESO	
Del alumno	Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor A.C.	Para la identificación de cada una de las recetas optométricas de los alumnos que serán beneficiados con lentes graduados gratuitos.	Del alumno	Si	No
Del padre madre o tutor:		Para el registro en el sistema de la Fundación Ver Bien Para Aprender Mejor respecto a alumnos atendidos con exámenes optométricos y alumnos que serán beneficiados con lentes graduados gratuitos.	Identificación: Nombre, Edad, Fecha de nacimiento, CURP  Académicos: Grado y Grupo  Salud: Discapacidad visual, Descripción de síntomas. Receta de detección optométrica.  Del padre madre o tutor:  Identificación: Nombre  Contacto: Número de teléfono celular particular.	Si	No

### NEGATIVA DE LAS FINALIDADES Y/O TRANSFERENCIAS

*(Artículo 38 fracción IV de la LPDPPSOEH)*

Se presentan los mecanismos y medios disponibles para Usted, donde podrá manifestar, en su caso, su negativa para el tratamiento de sus datos personales para las finalidades y transferencias antes citadas:

MECANISMO	MEDIOS	PROCEDIMIENTO DISPONIBLE
Electrónico	Correo electrónico	Escrito libre enviado al correo electrónico institución: <a href="mailto:verbien.hidalgo@seph.gob.mx">verbien.hidalgo@seph.gob.mx</a> donde informe la negativa a sus datos personales en la finalidad o transferencia correspondiente.
Presencial	Oficinas	Estará a disposición para su consulta directamente en la Dirección General de Fortalecimiento Educativo, Del Instituto Hidalguense de Educación (IHE), de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 horas.

### DERECHO ARCOP

*(Artículo 39 fracción IV de la LPDPPSOEH)*

En caso de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales, Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición o portabilidad de sus datos personales (derechos ARCOP) de la siguiente manera:

MECANISMO	MEDIOS	PROCEDIMIENTO DISPONIBLE
Presencial	Oficina	La persona puede presentarse y ejercer su derecho de manera escrita o verbal en la Dirección de la Unidad de Transparencia de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hrs. presentando: <ul style="list-style-type: none"> <li>El nombre completo del titular y en su caso, de su representante, así como su domicilio o cualquier otro medio para oír y recibir notificaciones.</li> <li>Los documentos que acrediten la identidad del titular y en su caso, la personalidad e identidad de su representante.</li> <li>La descripción clara y precisa de los datos personales, respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos ARCO que se pretende ejercer, o bien, lo que solicita el titular.</li> <li>Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales, en su caso.</li> </ul>

## AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL CON CONSENTIMIENTO EXPRESO

### DOMICILIO DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA

(Artículo 39 fracción V de la LPDPPSOEH)

Los **datos de contacto de la Unidad de Transparencia del Poder Ejecutivo**, quién gestionará las solicitudes para el ejercicio de derechos ARCO, asimismo auxiliará y orientará respecto al ejercicio del derecho a la protección de datos personales, son los siguientes: Carretera La Estanzuela s/n, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, C.P. 42162, teléfono: 771-713-8511, E-mail: uipg@hidalgo.gob.mx

### MODIFICACIONES AL AVISO DE PRIVACIDAD

(Artículo 39 fracción VI de la LPDPPSOEH)

En caso de que exista un cambio de este aviso de privacidad, lo haremos de su conocimiento a través de los siguientes mecanismos, medios y procedimientos disponibles:

MECANISMO	MEDIOS	PROCEDIMIENTO DISPONIBLE
Presencial	Oficinas	Estará a disposición para su consulta directamente en la Dirección General de Fortalecimiento Educativo, Del Instituto Hidalguense de Educación (IHE), de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 horas.
Electrónico	Electrónico	Estará a su disposición para su consulta en la página: <a href="mailto:verbien.hidalgo@seph.gob.mx">verbien.hidalgo@seph.gob.mx</a>

**FECHA**

Yo, \_\_\_\_\_ manifiesto mi consentimiento expreso de manera libre sin que medie error, mala fe, violencia o dolo que pueda afectar la manifestación de mi voluntad, de manera específica ya que se justifica el tratamiento de mis datos personales con finalidades concretas, lícitas, explícitas y legítimas y de manera informada ya que he tenido conocimiento del aviso de privacidad, previo al tratamiento a que serán sometidos, la autorización para este tratamiento de mis datos personales con las finalidades y transferencias antes citadas en este documento.

SI

NO