



FORMATO 1

CONCENTRADO

A1.-	Tipo de Responsable	Poder Ejecutivo										C1.- Periodo que se informa	2024			
B1.-	Nombre del Responsable	Secretaría de Salud														
D1.-	Tipo de atención o respuesta proporcionada	Número de solicitudes recibidas según tipo de Derecho											C1.- Periodo que se informa	2024		
		Acceso		Rectificación		Cancelación		Oposición		Portabilidad						
		Físico	Electrónico	Físico	Electrónico	Físico	Electrónico	Físico	Electrónico	Físico	Electrónico	Electrónico				
		0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
a)	Atendidas dentro de los 20 días <u>sin</u> costo de recuperación	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C1.- Periodo que se informa	2024		
b)	Atendidas dentro de los 20 días <u>con</u> costo de recuperación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
c)	Atendidas con prórroga de tiempo <u>sin</u> costo de recuperación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C1.- Periodo que se informa	2024		
d)	Atendidas con prórroga de tiempo <u>con</u> costo de recuperación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
e)	Fuera del plazo legal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C1.- Periodo que se informa	2024		
f)	Inexistencia de los datos personales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
g)	Incompetencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C1.- Periodo que se informa	2024		
h)	Improcedencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
i)	Reconducidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C1.- Periodo que se informa	2024		
k)	Desechadas por no haberse desahogado la prevención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
l)	Orientadas a trámite o procedimiento específico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C1.- Periodo que se informa	2024		
m)	Solicitudes pendientes de respuesta para el periodo 2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
n)	Total de Solicitudes Prevenidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C1.- Periodo que se informa	2024		

E1.-	Nombre, cargo y firma de quien lo elaboró	Dra. Isabel Cacho Alvarez
		Oficial de Datos Personales

F1.- Total de solicitudes recibidas ARCO-P
6

Mecanismo de Recepción

* Físico.- Documento impreso presentado ante el Responsable.

* Electrónico.- Documento presentado ante el responsable en cualquier medio digital:Correo Electrónico, Página Web, etc., incluyendo la Plataforma Nacional de Transparencia.

FORMATO 2

DETALLADO

*SI EL RESPONSABLE ATENDIÓ SOLICITUDES DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO-P, DEBERÁ REQUISITAR ESTE FORMATO:

A2.- Nombre del Responsable			Secretaría de Salud										B2.- Periodo que se informa			2024								
CD2..-			1.-		2.-		3.-		4.-		5.-		6.-											
No. consecutivo	Folio de la solicitud	Mecanismo de Recepción		Derecho *ARCO-P ejercido	Resultado del Ejercicio del Derecho ARCO-P		Titular que ejerce su derecho ARCO-P		Medida especial de presentación de la solicitud		Fecha de Recepción de la solicitud		Fecha de respuesta a la solicitud ARCO-P		Tiempo de respuesta (días hábiles) **									
		F	E		AFIR	NEG	Hombre	Mujer	IND	BRA	EXT	NIN	0	3	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0
		0	0		6	0	3	3	0	0	0	6	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	0	0	1	1	0	0
1	40084900003124	PNT		Acceso	Afirmativo		Titular	Mujer	Ninguna		6	Feb	24	15	Feb	24	5							
2	40084900003224	PNT		Acceso	Afirmativo		Titular	Mujer	Ninguna		6	Feb	24	15	Feb	24	5							
3	40084900003924	PNT		Acceso	Afirmativo		Titular	Mujer	Ninguna		15	Feb	24	4	Mar	24	12							
4	40084900007824	PNT		Acceso	Afirmativo		Titular	Hombre	Ninguna		9	May	24	16	May	24	5							
5	40084900012324	PNT		Acceso	Afirmativo		Titular	Hombre	Ninguna		22	Ago	24	2	Sep	24	8							
6	40084900014424	PNT		Acceso	Afirmativo		Titular	Hombre	Ninguna		15	Oct	24	28	Oct	24	9							

FORMATO 3

ACTIVIDADES

Indicar si el responsable cuenta con lo siguiente:

C3.- Documento de seguridad	Sí	Fecha de aprobación por el Comité de Transparencia	Hipervínculo al documento de seguridad (Versión Pública)
		17/01/2018	https://gat.campeche.gob.mx/index.php/category/475

I 3 - Medidas de seguridad para el tratamiento de datos personales		¿Cuenta con la medida de seguridad para el tratamiento de datos personales?
1. Medidas de seguridad administrativas	1.1 Políticas y procedimientos para la gestión, soporte y revisión de la seguridad de la información a nivel organizacional	En proceso de creación
	1.2 Identificación, clasificación y borrado seguro de la información	Si
	1.3 Sensibilización y capacitación del personal en materia de protección de datos personales	Si
	1.4 Otra medida de seguridad administrativa (especifique)	En proceso de creación
2. Medidas de seguridad físicas	2.1 Prevenir el acceso no autorizado al perímetro de la institución, sus instalaciones físicas, áreas críticas, recursos e información	Si
	2.2 Prevenir el daño o interferencia a las instalaciones físicas, áreas críticas de la institución, recursos e información	Si
	2.3 Proteger los recursos móviles, portátiles y cualquier soporte físico o electrónico que pueda salir de la institución	Si
	2.4 Proteger a los equipos que contienen o almacenan datos personales de un mantenimiento eficaz, que asegure su disponibilidad e integridad	Si
3. Medidas de seguridad técnicas	2.5 Otra medida de seguridad física (especifique)	No
	3.1 Prevenir que el acceso a las bases de datos o a la información, así como a los recursos, sea por usuarios identificados y autorizados	Si
	3.2 Generar un esquema de privilegios para que el usuario lleve a cabo las actividades que requiere con motivo de sus funciones	Si
	3.3 Revisar la configuración de seguridad en la adquisición, operación, desarrollo y mantenimiento del software y hardware	Si
3.4 Gestión las comunicaciones, operaciones y medios de almacenamiento de los recursos informáticos en el tratamiento de datos personales		Si
3.5 Otra medida de seguridad técnica (especifique)		No

D3.- Oficial de Datos Personales **Si** En caso de responder **SI**, indicar: **Nombre al Oficial**
Isabel Cacho Alvarez

E3.- Políticas internas (nORMATIVIDAD interna) para la Protección de Datos Personales	Sí	En caso de responder Sí, proporcionar:	Hiper vínculo al documento de la NORMATIVIDAD Interna https://gat.campeche.gob.mx/index.php/category/475-will?download=15843:documento-de-seguridad-secretaria-de-salud
---	----	--	--

F3.- Contrato o Instrumento jurídico que formaliza la relación Responsable- F3.1. Contrato A	No	En caso de responder Sí, responderán: F3.1.1. Contrato A	Hipervínculo al documento al Instrumento Jurídico
---	----	---	---



FORMATO 4

4 ACCIONES

Acciones y Procedimientos		A4.- Nombre del Responsable	Secretaría de Salud
No.	Acciones	C4.- Cantidad	
1	Implementación de políticas internas para la gestión y tratamiento de los datos personales **	1	
2	Definición de las funciones y obligaciones del personal involucrado en el tratamiento de datos personales	1	
3	Elaboración de un inventario de datos personales	1	
4	Elaboración de un sistema de tratamiento de datos personales	1	
5	Realización de análisis de riesgos de los datos personales	1	
6	Realización de análisis de brecha, comparando las medidas de seguridad existentes	1	
7	Elaboración de un Plan de Trabajo para la implementación de medidas de seguridad	1	
8	Elaboración de un aviso de privacidad para informar el propósito del tratamiento de los datos personales **	4	
9	Monitoreo y revisión de las medidas implementadas	1	
10	Diseño y aplicación de diferentes niveles de capacitación del personal	1	
11	Otras acciones	0	

Indicar si el responsable cuenta con lo siguiente:

D4.- Procedimiento para confirmar la identidad del solicitante	Sí	En caso de responder si indicar cuántos y cuáles son:	Solicitud de acreditación de identidad por medios físicos y electrónicos.
E4.- Procedimiento para que un ciudadano acceda a sus datos personales	Sí	En caso de responder si indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO -SSA-24
F4.- Procedimiento para que un ciudadano rectifique sus datos personales	Sí	En caso de responder si indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO -SSA-24
G4.- Procedimiento para que un ciudadano cancele sus datos personales	Sí	En caso de responder si indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO -SSA-24
H4.- Procedimiento para que un ciudadano se oponga al uso de sus datos personales	Sí	En caso de responder si indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO -SSA-24
I4.- Procedimiento para que un ciudadano lleve a cabo la portabilidad de sus datos personales	Sí	En caso de responder si indicar cuántos y cuáles son:	Formato de portabilidad de datos personales -SSA -24

J4.- Nombre, cargo y firma de quien lo elaboró	Dra. Isabel Cacho Alvarez
	Oficial de datos personales

** NOTA: Los datos proporcionados en este formato deberán coincidir respectivamente con la información proporcionada en el formato 3.