



FORMATO 1

CONCENTRADO

A1.-	Tipo de Responsable	Poder Ejecutivo
B1.-	Nombre del Responsable	Secretaría de Salud

C1.- Período que se informa	01/01/2023 31/12/2023
-----------------------------	-----------------------

D1.-	Tipo de atención o respuesta proporcionada	Número de solicitudes recibidas según tipo de Derecho									
		Acceso		Rectificación		Cancelación		Oposición		Portabilidad	
		4		0		0		0		0	
		Físico	Electrónico	Físico	Electrónico	Físico	Electrónico	Físico	Electrónico	Físico	Electrónico
		0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
a)	Atendidas dentro de los 20 días <u>sin</u> costo de recuperación	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
b)	Atendidas dentro de los 20 días <u>con</u> costo de recuperación	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
d)	Atendidas con prórroga de tiempo <u>con</u> costo de recuperación	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
f)	Inexistencia de los datos personales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
g)	Incompetencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
h)	Improcedencia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
i)	Reconducidas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
k)	Desechadas por no haberse desahogado la prevención	0	2	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
m)	Solicitudes pendientes de respuesta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
n)	Total de Solicitudes Prevenidas	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

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

F1.- Total de solicitudes recibidas ARCO-P	4
--	---

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., incluí da 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			01/01/2023 31/12/2023										
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		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	P			AFIR	NEG	Hombre	Mujer	IND	BRA	EXT	NIN	1	1	0	0		0	0	1	1	0	0	0	0
		0	0	4			4	0	3	1	0	0	0	4	Día	Mes	Año	Día		Mes	Año	0	0	0	0	2	0
1	40084900001723	PNT			Acceso		Afirmativo		Ninguna				13	Ene	23	24	Ene	23	7								
2	40084900003223	PNT			Acceso		Afirmativo		Ninguna				1	Feb	23	3	Feb	23	2								
3	40084900022123	PNT			Acceso		Afirmativo		Ninguna				13	Nov	23	13	Nov	23	1								
4	40084900022323	PNT			Acceso		Afirmativo		Ninguna				17	Nov	23	24	Nov	23	4								
7.- Tiempo promedio de respuesta a las solicitudes																											

D2.-	Nombre, cargo y firma de quien lo elaboró	Dra. Isabel Cacho Alvarez
		Oficial de datos personales

Mecanismo de Recepción:
 * F.- Físico
 * E.- Medios Electrónicos
 * P.- Portal Nacional de Transparencia (PNT)
 Art. 78 LPDPPSOEC

Medidas Especiales:
 * IND.- Lengua Indígena
 * BRA.- Braille
 * EXT.- Lengua Extranjera
 * NIN.- Ninguna
 Art. 126 LPDPPSOEC

Resultado del Ejercicio:
 * AFIR.- Afirmativo
 * NEG.- Negativo

** NOTA: Si la solicitud se responde el mismo día de su recepción el tiempo de respuesta equivale a 1 (un) día hábil.



FORMATO 3

ACTIVIDADES

Avisos de privacidad		A3.- Nombre del Responsable	Secretaría de Salud	
a).- No. consecutivo	b).- Nombre del sistema de datos	c).- Modalidad	d).- Medio de difusión	e).- Hipervínculo al documento
1	Dirección General	Simplificado Integral	x Físico	
2	Unidad de Transparencia y Datos Personales	Simplificado Integral	x Físico / Electrónico	https://salud.campeche.gob.mx
3	Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios	Simplificado Integral	x Físico	
4	Unidad Administrativa	Simplificado Integral Simplificado Integral	x Físico x Físico	
4	f).- Total de avisos de privacidad			

Indicar si el responsable cuenta con lo siguiente:

C3.- Documento de seguridad	Sí	En caso de responder sí, indicar:	Fecha de aprobación por el Comité de Transparencia	Hipervínculo al documento de seguridad (Versión Pública)
			17/01/2018	https://drive.google.com/drive/folders/1mtAgMZxtzi7Xti2GeeC93GU3amuifjn

13.- 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	Sí
	1.3	Sensibilización y capacitación del personal en materia de protección de datos personales	Sí
	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	Sí
	2.2	Prevenir el daño o interferencia a las instalaciones físicas, áreas críticas de la institución, recursos e información	Sí
	2.3	Proteger los recursos móviles, portátiles y cualquier soporte físico o electrónico que pueda salir de la institución	Sí
	2.4	Proveer a los equipos que contienen o almacenan datos personales de un mantenimiento eficaz, que asegure su disponibilidad e integridad	Sí
	2.5	Otra medida de seguridad física (especifique)	No
3. Medidas de seguridad técnicas	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	Sí
	3.2	Generar un esquema de privilegios para que el usuario lleve a cabo las actividades que requiere con motivo de sus funciones	Sí
	3.3	Revisar la configuración de seguridad en la adquisición, operación, desarrollo y mantenimiento del software y hardware	Sí
	3.4	Gestionar las comunicaciones, operaciones y medios de almacenamiento de los recursos informáticos en el tratamiento de datos personales	Sí
	3.5	Otra medida de seguridad técnica (especifique)	No

D3.- Oficial de Datos Personales	Sí	En caso de responder sí, indicar:	Nombre al Oficial
			Dra. Isabel Cacho Alvarez

E3.- Políticas internas (normatividad interna) para la Protección de Datos Personales	Sí	En caso de responder sí, proporcionar:	Hipervínculo al documento de la Normatividad Interna
			https://drive.google.com/drive/folders/1mtAgMZxtzi7Xti2GeeC93GU3amuifjn

F3.- Contrato o Instrumento jurídico que formaliza la relación Responsable-Encargado	No	En caso de responder sí, proporcionar:	Hipervínculo al documento al Instrumento Jurídico

G3.- Medidas Compensatorias *	Sí	En caso de responder sí, indicar en que	Traductor de lengua indígena

* Art. 13 de los Criterios Generales para la Implementación de Medidas Compensatorias en el Sector Público del Orden Federal, Estatal y Municipal

H3.- Nombre, cargo y firma de quien lo elaboró	Dra. Isabel Cacho Alvarez
	Oficial de datos personales



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 sí 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 sí indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO - SSA- 23
F4.- Procedimiento para que un ciudadano rectifique sus datos personales	Sí	En caso de responder sí indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO - SSA- 23
G4.- Procedimiento para que un ciudadano cancele sus datos personales	Sí	En caso de responder sí indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO - SSA- 23
H4.- Procedimiento para que un ciudadano se oponga al uso de sus datos personales	Sí	En caso de responder sí indicar cuántos y cuáles son:	Formato de derechos ARCO - SSA- 23
I4.- Procedimiento para que un ciudadano lleve a cabo la portabilidad de sus datos personales	Sí	En caso de responder sí indicar cuántos y cuáles son:	Formato de portabilidad de datos personales -SSA -23

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.**