



**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE A LA
SOLICITUD DE INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA
PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA CON FOLIO
MARCADO: 0400849000010124**

UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y DATOS PERSONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD	
Fecha de la solicitud: 02/07/2024	Folio de la solicitud: 04008490000010124
Fecha de respuesta: 05/08/2024	Ente público: Secretaría de Salud
<p>La Unidad de Transparencia y Datos Personales de la Secretaría de Salud del Estado de Campeche, con las atribuciones conferidas en los artículos 44, 45 fracción II, 51 fracción II, 54 y artículo 65 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Campeche, procede a emitir resolución administrativa con motivo de la solicitud de información con el folio citado al rubro registrada en la Plataforma Nacional de Transparencia, con fecha 2 de Julio del 2024, dirigida a la Secretaría de Salud, que consiste en:</p>	
<p>DESCRIPCIÓN CLARA DE LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN:</p> <p>“Buenos días: Por este medio solicito a usted, muy atentamente, EL INVENTARIO Y DESPLAZAMIENTOS DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN DEL PERIODO DEL 01 DE ENERO DE 2023 AL 30 DE JUNIO DE 2024, dicha entrega de información debe contener: • Nombre de la Entidad Federativa. • Clave de Cuadro Básico y Diferencial. • Descripción. • Nombre comercial del Medicamento. • Número de Piezas. • Precio Unitario. • Importe. • Proveedor. • Tipo de Compra (Licitación, Adjudicación, Invitación). • Número de Orden (Licitación, Adjudicación, Invitación). • Número de Contrato (Contrato, Licitación o Factura). • CLUES de Destino. • Nombre de la CLUES. • Unidad Compradora (Estado o INSABI). • Fecha de Entrada. SOLICITAMOS DE LA MANERA MÁS ATENTA DICHA INFORMACIÓN SEA ENVIADA EN FORMATO DE HOJA DE CÁLCULO DE EXCEL. Adjunto a usted ejemplo de la información solicitada, esperando que le sea de utilidad. Agradezco sus atenciones y quedo a la espera de su amable respuesta.”</p>	
<p>FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA A TRAVÉS DE LA CUÁL SE ENTREGA LA INFORMACIÓN SOLICITADA</p> <p>ANTECEDENTES.</p> <ol style="list-style-type: none">Se da por recibida la solicitud de información folio 0400849000010124 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia con fecha: 2 de Julio del 2024.La información que solicita se describe al rubro. <p>CONSIDERANDOS.</p> <p>COMPETENCIA. Con fundamento en lo establecido en el artículo 24 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Campeche; así como en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, mismas que para los efectos señalados comprueban que esta Institución, genera este tipo de información.</p> <p>EMISIÓN DE LA RESOLUCIÓN. La presente resolución encuentra fundamentación en los numerales 125, 133 y 136, de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche, en vigor, en relación con los artículos</p>	



6 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la que pide garantizar al todo gobernado el acceso a la información pública y que debe ser a través de resolución escrita que funde y motive su entrega.

MODALIDAD DE ENTREGA. De igual forma, conforme a lo establecido en el numeral 129 de la referida Ley, y de acuerdo a la recepción de la solicitud se tomará como modalidad de entrega y medio de notificación deseado: “medio/ Electrónico a través del sistema de solicitudes de acceso la información de la PNT” por lo que dicha información será remitida a través de la PNT.

RESPUESTA.

Tengo por bien informarle lo siguiente:

- 1. Derivado de su solicitud de información, hago de su conocimiento que la información solicitada se envía mediante formato Excel (XML) para los fines correspondientes.**

Sin más por el momento envío un cordial saludo.

RESUELVE

PRIMERO.- Se da contestación a la solicitud enviada por el interesado, marcada con el folio: 0400849000010124 dando acceso a la información al usuario, de conformidad con lo precisado en los apartados correspondientes de la presente resolución administrativa, entregando la información en la modalidad que la solicitó.

SEGUNDO.- Se hace del conocimiento al solicitante mencionado, lo previsto el artículo 147 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Campeche, donde le señala que podrá por sí mismo, a través de representante legal, de manera directa o electrónica, el término de quince días posteriores a que reciba la presente resolución para interponer el Recurso de Revisión, a través del cual podrá impugnar esta resolución si así lo considera, ante la Comisión de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Campeche.

TERCERO.- Notifíquese la presente resolución a la Plataforma Nacional de Transparencia, tal y como quedó asentado en el acuse de su solicitud.

ASÍ LO RESOLVIÓ LA MTRA. ISABEL CACHO ÁLVAREZ, TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y DATOS PERSONALES DE LA SECRETARÍA ESTATAL DE SALUD, EN LA CIUDAD DE SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, DEL MUNICIPIO Y ESTADO DE CAMPECHE, SIENDO EL DÍA CINCO DE AGOSTO DEL 2024.



AVISO SIMPLE DE PRIVACIDAD DE LA SECRETARÍA DE SALUD

EL PRESENTE AVISO DE PRIVACIDAD SE EMITE DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 26, PÁRRAFO II Y ARTÍCULO 27 DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS, ASÍ COMO ARTÍCULO 7 DE LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL ESTADO DE CAMPECHE Y SUS MUNICIPIOS. LA **UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y DATOS PERSONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD** LE INFORMA LO SIGUIENTE:

LOS DATOS PERSONALES QUE RECABAMOS DE USTED, LOS UTILIZAREMOS PARA LAS SIGUIENTES FINALIDADES QUE SON NECESARIAS DE ACUERDO AL SERVICIO QUE SOLICITE:

1. **SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD.**
2. **EJERCICIO DEL DERECHO ARCO (ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN)**

LA TRANSFERENCIA DE ESTOS DATOS PERSONALES SOLO SE PODRÁ REALIZAR A TRAVÉS DE LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS QUE CONFORMAN ESTE ENTE, Y SE REALIZARÁN ÚNICAMENTE CON LA FINALIDAD DE ATENDER SUS SOLICITUDES DE ACCESO A LA INFORMACIÓN O PARA EJERCER SUS DERECHOS ARCO. USTED PUEDE **REVOCAR EL CONSENTIMIENTO** QUE, EN SU CASO, NOS HAYA OTORGADO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES, SIN EMBARGO, ES IMPORTANTE QUE TENGA EN CUENTA QUE NO EN TODOS LOS CASOS PODREMOS ATENDER SU SOLICITUD O CONCLUIR EL USO DE FORMA INMEDIATA, YA QUE ES POSIBLE QUE POR ALGUNA OBLIGACIÓN LEGAL REQUIRAMOS SEGUIR TRATANDO SUS DATOS PERSONALES. PARA REVOCAR SU CONSENTIMIENTO DEBERÁ ACUDIR A LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y DATOS PERSONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD, UBICADA EN AV. CENTRAL POR CIRCUITO BALUARTE S/N ANTIGUO EDIFICIO DEL HOSPITAL ÁLVARO VIDAL VERA, PLANTA BAJA. COL. CENTRO C.P. 24000, CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL. USTED PUEDE ACCEDER AL AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL EN ESTA MISMA DIRECCIÓN O EN LA PÁGINA WEB DE LA SECRETARÍA DE SALUD. (<http://www.campeche.salud.gob.mx/>)