



**RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE A LA  
SOLICITUD DE INFORMACIÓN REGISTRADA EN LA  
PLATAFORMA NACIONAL DE TRANSPARENCIA CON FOLIO  
MARCADO: 0400849000013824**

UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y DATOS PERSONALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD	
Fecha de la solicitud: 02/10/2024	Folio de la solicitud: 04008490000013824
Fecha de respuesta: 30/10/2024	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 Octubre del 2024, dirigida a la Secretaría de Salud, que consiste en:</p>	
<p><b>DESCRIPCIÓN CLARA DE LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN:</b></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 SEPTIEMBRE 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 ENVÍADA 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><b>FUNDAMENTACIÓN Y MOTIVACIÓN PARA LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA A TRAVÉS DE LA CUÁL SE ENTREGA LA INFORMACIÓN SOLICITADA</b></p> <p><b>ANTECEDENTES.</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>Se da por recibida la solicitud de información folio 0400849000013824 a través de la Plataforma Nacional de Transparencia con fecha: 2 de Octubre del 2024.</li><li>La información que solicita se describe al rubro.</li></ol> <p><b>CONSIDERANDOS.</b></p> <p><b>COMPETENCIA.</b> 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><b>EMISIÓN DE LA RESOLUCIÓN.</b> 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:

**De conformidad con lo informado por la Unidad Administrativa de la Secretaría de Salud del Poder Ejecutivo, tengo por bien informarle a través de documento en formato XML, Excel, la información que solicita.**

**Sin otro particular, envío un cordial saludo y agradezco su ejercicio al derecho a la información.**

## RESUELVE

**PRIMERO.-** Se da contestación a la solicitud enviada por el interesado, marcada con el folio: 0400849000013824 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 TREINTA DE OCTUBRE 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/>)