



COMISIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE



INFORME ANUAL DE SOLICITUDES DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO 2018

Nombre del Responsable	Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular)			Periodo que se informa	1/1/2018 31/12/2018
	Acceso	Rectificación	Cancelación	Oposición	
Número total de solicitudes recibidas	0	0	0	0	
Solicitudes atendidas	0	0	0	0	
Solicitudes no atendidas por incompetencia	0	0	0	0	
Solicitudes reconducidas	0	0	0	0	
Solicitudes desechadas por no haberse desahogado la prevención	0	0	0	0	
Solicitudes con prórroga de tiempo	0	0	0	0	
Se declaró inexistencia de los datos	0	0	0	0	
Solicitudes con costo de recuperación	0	0	0	0	
Solicitudes orientadas a trámite o procedimiento específico	0	0	0	0	

Nombre y Firma de quien elabora Lic. Rafael Lara Alcantar



COMISIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE CAMPECHE



*EN CASO DE QUE EL RESPONSABLE CUENTE CON SOLICITUDES DE EJERCICIO DE DERECHOS ARCO, DEBERÁ PRESENTAR A LA COMISIÓN ADEMÁS DEL INFORME ANTERIOR EL SIGUIENTE:

Nombre del Responsable		Periodo que se informa	1/1/2018 31/12/2018
------------------------	--	------------------------	------------------------

Folio de la solicitud	Derecho *ARCO ejercido	Titular que ejerce su derecho ARCO	Medida especial de presentación de la solicitud	Fecha de Recepción de la solicitud	Fecha de entrega o del ejercicio del derecho ARCO	Tiempo de respuesta (días hábiles)
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
Tiempo promedio de respuesta a las solicitudes						

Nombre y Firma de quien elabora



**COMISIÓN DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA
INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO DE
CAMPECHE**



INFORME DE ACTIVIDADES EN MATERIA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES 2018

Nombre del Responsable	Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular)
-------------------------------	--

Avisos de privacidad

No	Nombre	Modalidad	Medio de difusión
1	Dirección de Afiliación y Operación	Simplificado <input checked="" type="checkbox"/>	Impreso
		Integral <input checked="" type="checkbox"/>	Impreso
2	Recursos Humanos	Simplificado <input checked="" type="checkbox"/>	Impreso
		Integral <input type="checkbox"/>	
3	Dirección de Gestión de Servicios de Salud	Simplificado <input checked="" type="checkbox"/>	Impreso
		Integral <input checked="" type="checkbox"/>	Impreso
4	Unidad de transparencia	Simplificado <input checked="" type="checkbox"/>	Impreso
		Integral <input checked="" type="checkbox"/>	Impreso
		Simplificado <input type="checkbox"/>	
		Integral <input type="checkbox"/>	
		Simplificado <input type="checkbox"/>	
		Integral <input type="checkbox"/>	
		Simplificado <input type="checkbox"/>	
		Integral <input type="checkbox"/>	
		Simplificado <input type="checkbox"/>	
		Integral <input type="checkbox"/>	
Total de avisos de privacidad			7

Indicar si el responsable cuenta con los siguientes:

Documento de seguridad	Si
-------------------------------	----

Contrato o Instrumento jurídico que formaliza la relación Responsable-Encargado	No
--	----

Oficial de Datos Personales	Si
------------------------------------	----

Nombre y Firma de quien elabora Lic. Rafael Lara Alcantar