AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL PARA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Responsable y domicilio: El **Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Durango** y la **Comisión Nacional de Protección Social en Salud** son los responsables del uso y protección de los datos personales que como titular del núcleo familiar ha proporcionado.

El Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Durango tiene su domicilio en **Av. 20 de Noviembre No. 320 Ote., Piso 2, Zona Centro, C.P 34000, Durango, Durango.**

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud se ubica en calle **Gustavo E. Campa número 54, colonia Guadalupe Inn, delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, código postal 01020.**

Datos personales solicitados: Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales:

1. **Datos de identificación del titular del núcleo familiar:** Nombre completo, datos de identificación del domicilio del núcleo familiar, correo electrónico y teléfono particular y/o celular.

2. **Información de los integrantes del núcleo familiar:** número de personas que integran el núcleo familiar, si tiene seguridad social, nombre completo, sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de nacimiento, Clave Única de Registro de Población (CURP), estado civil, nivel de Escolaridad, condición laboral, parentesco de cada integrante con respecto al titular del núcleo familiar, o si es el caso de que alguna mujer del núcleo familiar este embarazada, se especificará.

Adicionalmente se solicitará: folio y nombre del programa del gobierno al que pertenece, denominación de la colectividad a la que pertenecen, denominación y Registro Federal de Causante de la Institución de asistencia pública o privada a la que pertenecen, nombre y Clave Única de Establecimiento de Salud del Hospital Psiquiátrico, si es que algún integrante del núcleo familiar se encuentra interno.

Se comunica que los datos personales sensibles que se recaban de usted, como titular del núcleo familiar, son únicamente los siguientes:

- Si algún miembro del núcleo familiar tiene una **discapacidad** que impida valerse por sí mismo, se precisa sólo si es física o mental, sin abundar en detalles.

- Si algún miembro del núcleo familiar se **considera indígena** y/o **habla alguna lengua indígena**.

3. **Condiciones y características de la vivienda del núcleo familiar:** tipo de vivienda, se identifica si es: casa, departamento, ejidal, comunal, así como, si es propia, rentada o se está pagando.

Fines para los que son solicitados los datos personales: Los datos personales que se recaban de usted, como titular del núcleo familiar, se utilizarán para realizar las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

1. **Llenar la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar**, que sirve para determinar el nivel socioeconómico de la persona o familia que solicita su afiliación al Sistema de Protección Social en Salud y establecer el régimen, ya sea no contributivo, o contributivo y en este caso la cuota familiar que le corresponda.

2. **Emitir la Póliza de Afiliación,** a través del Sistema de Administración del Padrón, que sirve como comprobante de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud del titular y miembros beneficiarios del núcleo familiar.

Las transferencias respecto de los datos personales proporcionados se realizarán entre responsables siempre por mandato de ley y, por tanto, se utilizarán en el ejercicio de facultades propias:

1. Para la **integración del Padrón Nacional de Beneficiarios**, entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y cada Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

2. Para el **cotejo del Padrón Nacional de Beneficiarios**, entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y el Consejo de Salubridad General.

3. Para **atender una orden judicial**, resolución o mandato fundado y motivado de autoridad competente.

Por lo antes expuesto, no es necesario que el titular del núcleo familiar otorgue su consentimiento, porque se actualizan los casos de excepción previstos en el artículo 22 fracciones I, II y III de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Fundamento legal: Los datos personales recabados serán tratados, con fundamento en los artículos 77 bis 5, inciso A, fracción X, XI, inciso B), fracción II de la Ley General de Salud; 3 Bis, fracción II, 46, 49, 50, 51, 52, 78 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud, y numerales Décimo noveno, Cuadragésimo octavo, cuadragésimo noveno, Quincuagésimo, quincuagésimo séptimo, Sexagésimo y Sexagésimo primero de los Lineamientos de Afiliación y Operación del Sistema de Protección Social en Salud.

Ejercicio de derechos ARCO: Tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (**Acceso**). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (**Rectificación**); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no se utiliza conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa aplicable (**Cancelación**); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (**Oposición**).

Los derechos antes mencionados se conocen como derechos ARCO, y para conocer el procedimiento y requisitos para su ejercicio, usted podrá acudir ante el Módulo de Afiliación y Orientación indicado en su póliza de afiliación.

Domicilio de la Unidad de Transparencia: del **Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Durango** tiene su domicilio en **Av. 20 de Noviembre No. 320 Ote., Piso 2, Zona Centro, C.P 34000, Durango, Durango.**

La Unidad de Transparencia de la **Comisión Nacional de Protección Social en Salud** ubicada en la calle **Gustavo E. Campa número 54, colonia Guadalupe Inn, delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, código postal 01020**, o bien, a través del n**úmero telefónico (55) 50 90 36 00 extensión 57499**, o en el correo electrónico **transparencia.cnpss@salud.gob.mx.**

Cambios al Aviso de Privacidad: El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales o por necesidades operativas para bridarle el servicio que requiere.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda tener el presente aviso de privacidad, a través de las siguientes páginas oficiales **http://www.seguropopular.durango.gob.mx** y **www.gob.mx/salud/seguropopular** en la **sección documentos**.

El procedimiento a través del cual se llevarán a cabo las notificaciones sobre cambios o actualizaciones al presente aviso de privacidad será al colocarlo impreso en cada Módulo de Afiliación y Orientación, y también se empleará algún medio de contacto de los que el titular del núcleo familiar haya dejado indicado, como puede ser, el envío de carta a su domicilio, correo electrónico, o llamada telefónica."

www.gob.mx/salud/seguropopular

EL SEGURO POPULAR TE AYUDA, ACÉRCATE. ES PARA TI

#SeguroPopularEsParaTi

#YoSiTengoSeguroPopular

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SEGURO POPULAR
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD