

Requisitos para el ejercicio de tus derechos ARCO

Fecha de actualización 04/12/2019

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DESCRIPCIÓN DEL TRÁMITE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se atienden solicitudes de datos personales para garantizar el Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición del tratamiento de la información de los titulares que esté siendo objeto de tratamiento por los Servicios de Salud del Estado de Colima. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CASOS EN LOS QUE DEBE O PUEDE REALIZARSE EL TRÁMITE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuando el titular o su representante debidamente legitimado desee:  A).-obtener información sobre sí, así como, si la misma está siendo objeto de tratamiento y el alcance del mismo;  R).- Modificar los datos que resulten ser inexactos o incompletos;  C).- Suprimir los datos que resulten ser inadecuados o excesivos. ; y  O).- oponerse al uso de datos personales para una determinada finalidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿EN DÓNDE HAGO MI TRÁMITE? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Línea: | | | | Si | Unidad de Transparencia | | | | si | | | Vía telefónica | | | | | Si |
| REQUISITOS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En línea, Unidad de Transparencia, vía telefónica o cualquier otro medio, se requieren los siguientes documentos, según la persona que realice la solicitud, señalando de manera enunciativa más no limitativa algunos de ellos en la columna modalidades. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REQUISITO | | | MODALIDADES | | | | | TITULAR | | | REPRESEN  TANTES | | | MENOR DE EDAD | PERSONAS FALLECIDAS | | |
| Identificación oficial vigente | | | * Credencial para votar * Cédula profesional * Cartilla del Servicio Militar Nacional * Pasaporte * Credencial de afiliación del IMSS, ISSSTE o INAPAM | | | | | 🗸 | | | 🗸 | | | 🗴 | 🗸 | | |
| Poder Notarial | | | * Documento pasado ante la fe de un notario (a) público (a) | | | | | 🗴 | | | 🗸 | | | 🗸 | 🗸 | | |
| Mandato Judicial | | | * Orden expresa de un juzgado * Designación de tutor (a) * Designación de albacea | | | | | 🗴 | | | 🗸 | | | 🗸 | 🗸 | | |
| Documento con el que acredite el interés jurídico | | | * Contrato de seguro en el que se le designe como beneficiario (a). * Carta de reconocimiento como beneficiario (a) | | | | | 🗴 | | | 🗴 | | | 🗴 | 🗸 | | |
| Documento por el que el titular de los derechos hubiere expresado fehacientemente su voluntad para que le sean entregado los datos personales | | | * Contrato en el que contenga cláusula de consentimiento expreso. * Carta simple con la firma de dos testigos | | | | | 🗴 | | | 🗴 | | | 🗴 | 🗸 | | |
| Comprobante de domicilio | | | * Recibo de luz no mayor a 3 meses * Recibo de agua no mayor 3 meses | | | | | 🗸 | | | 🗸 | | | 🗸 | 🗸 | | |
| Correo electrónico (opcional) | | | * Dirección de Correo para oír y recibir notificaciones | | | | | 🗸 | | | 🗸 | | | 🗸 | 🗸 | | |
| Documento que acredite la relación de parentesco con la persona el titular | | | * Acta de nacimiento * Acta de Matrimonio * Concubinato | | | | | 🗴 | | | 🗸 | | | 🗸 | 🗸 | | |
| Documento mediante el cual acredite el interés jurídico | | | * Contrato de seguro * Carta expedida por el la institución ante la cual va a realizar su trámite | | | | | 🗴 | | | 🗸 | | | 🗴 | 🗸 | | |
| Acta de defunción | | | * Acta de defunción | | | | | 🗴 | | | 🗸 | | | 🗴 | 🗸 | | |
| COSTOS / FORMAS DE PAGO / DÓNDE SE REALIZA / ¿DÓNDE PAGO? | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Costos | \* Gratuito.. | Formas de pago | | | | \* No aplica. | Dónde se realiza | | | \* No aplica. | | | ¿Dónde pago? | | | \* No aplica. | |
| **PERSONAS / CIUDADANOS A QUIEN VA DIRIGIDO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* Público en general. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿CÓMO HACER MI TRÁMITE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.- Presentar la solicitud de derechos ARCO en la Unidad de Transparencia, través del sistema Infomex ahora denominado Plataforma Nacional de Transparencia o bien, a través de correo electrónico, correo postal, mensajería, telégrafo, verbalmente o por escrito.  2.- Esperar respuesta de 1 a 20 días hábiles, los cuales pueden ser ampliados por una sola vez hasta por diez días cuando así lo justifiquen las circunstancias, y siempre y cuando se le notifique al titular dentro del plazo de respuesta.  3.- Esperar un plazo que, no podrá exceder de quince días contados a partir del día siguiente en que se haya notificado la respuesta al titular. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deberá proporcionar los datos e información general necesaria para cada uno de los derechos según corresponda a fin de facilitar las acciones que permitan resolver e trámite. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIEMPO DE RESPUESTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| De 1 a 15 días contados a partir del día siguiente en que se haya notificado la respuesta al titular. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS A OBTENER** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \* Oficio de respuesta. Vigencia Indefinida  \* Fe de erratas. Según corresponda | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACREDITACIÓN/INSPECCIÓN/VERIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*Acreditar se el titular de los datos personales  \*Acreditar ser el representante legal del titular del titular en su caso  \*Acreditar el Interés legítimo en su caso | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dependencia:** Unidad de Transparencia (UT)  Secretaría Técnica (ST)  Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Estado de Colima (SSE)  **Responsable:**  C.P. Sergio Figueroa González  **Teléfonos:** 312 316 22 22 Extensiones  **Ubicación:** Av. Liceo de Varones Esq. Dr. Rubén Argüero Sánchez, Col. La Esperanza, Colima; Colima  **Horario:** Lunes a viernes 08:00 a 16:00 hrs  **Correo:** saludtransparencia@gmail.com | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MARCO LEGAL** |
| Artículos 6, 16, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 5, apartado B, fracciones I, II y III de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Colima, 29, fracción XVI, y demás relativos del Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Estado de Colima .   |  |  | | --- | --- | | Afirmativa / Negativa Ficta / No Aplica | No Aplica | | Medios de Impugnación | Recurso de Revisión | |
| **FORMATOS** |
| Descargar en <http://www.saludcolima.gob.mx/transparencia/index_opd_art29.php> |
| **OBSERVACIONES** |
| Horario de trámite: En la unidad de transparencia de los Servicios de Salud del Estado de Colima, de lunes a viernes (días hábiles) de 8:00 a 16:00 horas. En línea (http://www.infomexcolima.org.mx/) las 24 horas, los 365 días del año. |