**AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL**

**INSTITUTO DE SALUD PARA EL BIENESTAR, INSABI**, con domicilio en Gustavo E. Campa número 54, Colonia Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Ciudad de México, CP. 01020, Ciudad de México, México, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable.

**¿Qué datos personales solicitamos y para qué fines?**

Los datos personales que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Finalidad** | **¿Requieren consentimiento del titular?** | |
| **NO** | **SI** |
| 1. Integrar el expediente único de personal; | X |  |
| 2. Acreditar su identidad y, en su caso titularidad; | X |  |
| 3. Localización; | X |  |
| 4. Realizar trámites administrativos y fiscales; | X |  |
| 5. cubrir perfil de puesto; | X |  |
| 6. pagar remuneraciones y prestaciones; | X |  |
| 7. asignar y comprobar viáticos y pasajes nacionales e internacionales; | X |  |
| 8. integrar pólizas contables con la documentación comprobatoria del gasto del INSABI; | X |  |
| 9. control de asistencia; | X |  |
| 10. otorgar prestaciones de seguridad social, económicas y de salud; | X |  |
| 11. programar acciones de capacitación; | X |  |
| 12. ser asegurado y designar beneficiarios del seguro de vida institucional; e |  | X |
| 13. incorporar, renunciar o modificar datos en el Fondo de Ahorro Capitalizable, en los casos que resulte aplicable. |  | X |

**Si no desea que sus datos personales se utilicen para las finalidades que requieren de su consentimiento, podrá manifestarlo a continuación:**

No consiento que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines:

* 12. ser asegurado y designar beneficiarios del seguro de vida institucional; y ▢
* 13. incorporar, renunciar o modificar el Fondo de Ahorro Capitalizable, en los casos que resulte aplicable. ▢

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, se solicitarán los siguientes datos personales:

* Datos de identificación
* Datos de contacto
* Datos biométricos
* Datos laborales
* Datos académicos
* Datos migratorios
* Datos patrimoniales y/o financieros
* Datos sobre procedimientos judiciales o seguidos en forma de juicio

Se informa que no se solicitarán datos personales sensibles.

**¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?**

Le informamos que realizamos las siguientes transferencias para las cuales requerimos de su consentimiento:

|  |  |
| --- | --- |
| **Destinatario de los datos personales** | **Finalidad** |
| Instituciones de Seguros | Para ser asegurado y designar beneficiarios del seguro de vida institucional |
| Secretaría de Hacienda y Crédito Público y Fondo de Ahorro Capitalizable (FONAC) de los Trabajadores al Servicio del Estado | Para incorporar, renunciar o modificar el Fondo de Ahorro Capitalizable, en los casos que resulte aplicable |

En caso de que no desee que sus datos personales sean transferidos podrá manifestarlo al momento en que se le pongan a disposición los formatos respectivos para cada una de estas finalidades, de la institución o dependencia, según corresponda.

**¿Cuál es el fundamento para el tratamiento de datos personales?**

En cumplimiento de lo dispuesto por el artículo artículos 6º., 16, Apartado A, fracción II; de la Constitución Política de los Estaos Unidos Mexicanos; Título Tercero Bis, de la Ley General de Salud; Trigésimo Primero del Estatuto Orgánico del INSABI; y en cumplimiento a lo dispuesto en el numeral 70, fracciones VII, VIII, IX y XVII, de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2015, se harán públicos los datos personales para cumplir con las obligaciones de transparencia comunes que marca la referida Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública; como son: nombre, cargo o nombramiento asignado, nivel del puesto en la estructura orgánica, fecha de alta en el cargo, número telefónico, domicilio para recibir correspondencia y dirección de correo electrónico oficiales; remuneración bruta y neta; gastos de representación y viáticos, así como el objeto e informe de comisión correspondiente; las contrataciones de servicios profesionales por honorarios, señalando los nombres de los prestadores de servicios, los servicios contratados, el monto de los honorarios y el periodo de contratación; e información curricular, desde el nivel de jefe de departamento o equivalente, hasta el titular del sujeto obligado.

**¿Dónde puedo ejercer mis derechos ARCO?**

Usted podrá presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO) directamente ante nuestra Unidad de Transparencia, cuyos datos de contacto son los siguientes:

a) Nombre de su titular: Lic. Alberto César Hernández Escorcia

b) Domicilio: Gustavo E. Campa, número 54, Colonia Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Ciudad de México, CP. 01020, CDMX, México

c) Correo electrónico: transparencia.insabi@salud.gob.mx

d) Número telefónico y extensión: 55 50 90 36 00 ext.57499

e) Otro dato de contacto: 55 50 90 36 00 ext.57778

Asimismo, usted podrá presentar una solicitud de ejercicio de derechos ARCO a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en <http://www.plataformadetransparencia.org.mx>, y a través de los siguientes medios:

**De manera presencial en:** calle Gustavo E. Campa número 54, colonia Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Ciudad de México. C.P. 01020, en un horario de **lunes a viernes de 9:00 a 15:00 horas**;

**Vía correo postal:** dirigido al domicilio antes señalado

**Vía internet, a** través de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la dirección electrónica: <http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>

**Vía correo electrónico**: [transparencia.insabi@salud.gob.mx](mailto:transparencia.insabi@salud.gob.mx)

**Vía Telefónica:** a los números telefónicos: conmutador 55 50 90 36 00 extensión 57499 y 57778

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos, puede acudir a la Unidad de Transparencia, o bien, ponemos a su disposición los siguientes medios:

1. De manera presencial, en la Unidad de Transparencia ubicada en: calle Gustavo E. Campa número 54, colonia Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, Ciudad de México. C.P. 01020; en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 y de 17:00 a 19:00 horas; •

2. Vía correo postal: dirigido al domicilio antes señalado; •

3. Vía internet, a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, en la dirección electrónica: http://www.plataformadetransparencia.org.mx/ y en <https://www.infomex.org.mx/gobiernofederal/home.action>

4. Vía correo electrónico: [transparencia.insabi@salud.gob.mx](mailto:transparencia.insabi@salud.gob.mx)

5. Vía Telefónica: a los números telefónicos: conmutador 55 50 90 36 00 extensión 57499 y 57778

**¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?**

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de: https://www.gob.mx/insabi

**Otros datos de contacto:**

Página de Internet: https://www.gob.mx/insabi

Correo electrónico para la atención del público en general: transparencia.insabi@salud.gob.mx

Número telefónico para la atención del público en general: 5550903600 ext.57778

Asimismo, se hace de su conocimiento que sus datos personales podrán ser utilizados para fines estadísticos, que se elaboren para el seguimiento de avances y/o reportes institucionales por parte del INSABI, los cuales serán elaborados de forma desagregada, y en ningún momento las personas podrán ser identificadas o identificables.

Última actualización: 23/04/2020