



AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL.

La Coordinación de Servicios de Salud y de Cuidados Personales de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México con domicilio en Avenida Insurgentes Norte, número 423, colonia San Simón Tolnáhuac, demarcación territorial Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México, es la Responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos en el Sistema de Datos Personales Sistema de Datos Personales de Verificación de Bienes y Servicios de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México con fundamento en los Artículos 3 fracción XXIX, 9, 23, 36, 37 fracción I, II, 38 de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión De Sujetos Obligados De La Ciudad De México 63, 64, 65, 67, 68 de los Lineamientos Generales sobre Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, numeral 7.2 de la Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia, numeral 6.4 de la Norma Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, instalación y operación de la tecnovigilancia

Los datos personales que recabemos serán utilizados con la finalidad Sistema de Datos Personales de Verificación de Bienes y Servicios de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México en el ámbito de competencia de la Coordinación de Servicios de Salud y de Cuidados Personales y podrán ser transmitidos y serán transferidos **a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) a través del Centro Nacional de Farmacovigilancia con el objetivo de tramitar el usuario de su unidad médica en la plataforma Vigiflow o para la prevención contra riesgos sanitarios en la población.**

Para las finalidades antes señaladas se solicitarán los siguientes datos personales:

ALTA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA EN EL CENTRO ESTATAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

I. Datos de la Unidad de Farmacovigilancia y/o Tecnovigilancia (según sea el caso)

- a. Nombre del hospital, consultorio o clínica:
- b. Razón social:
- c. Domicilio del hospital, consultorio o clínica (calle, número exterior y número o letra interior, piso *-cuando aplique-* colonia, municipio, localidad, código postal, entidad federativa):
- d. Teléfono de la UFV (incluyendo la clave lada):
- e. Correo electrónico de la UFV:

II. Datos del Responsable de la Unidad de Farmacovigilancia y/o Tecnovigilancia (según sea el caso)



- a. Nombre (s), apellido paterno, apellido materno:
- b. Título profesional:
- c. No. De cédula profesional:
- d. Teléfono personal (incluyendo la clave lada):
- e. Correo electrónico:
- f. Días y horario laborales:

III. Datos del Director Médico

- a. Nombre (s), apellido paterno, apellido materno
- b. Título profesional
- c. No. De cédula profesional
- d. Correo electrónico

IV. Nombre, cargo y firma del director o jefe inmediato que autoriza el nombramiento

ANEXOS:

Para completar el presente trámite, deberá enviar la siguiente información en formato electrónico (PDF) a los correos apsgcdmx.tecnovigilancia@cdmx.gob.mx y apsgcdmx.farmacovigilancia@cdmx.gob.mx:

- Copia simple del aviso de funcionamiento actualizado, licencia sanitaria (cuando aplique)
 - Comprobante de domicilio de la Unidad de Farmacovigilancia
 - Copia de la identificación oficial del Director Médico
 - Copia simple de la cédula o Título del Responsable de Farmacovigilancia
- Copia simple de la identificación oficial del Responsable de Farmacovigilancia (INE, cédula profesional o pasaporte)

BAJA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE FARMACOVIGILANCIA Y TECNOVIGILANCIA EN EL CENTRO ESTATAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

I. Datos de la Unidad de Farmacovigilancia y/o Tecnovigilancia (según sea el caso)

- a. Nombre del hospital, consultorio o clínica:
- b. Razón social:
- c. Domicilio del hospital, consultorio o clínica (calle, número exterior y número o letra interior, piso -cuando aplique- colonia, municipio, localidad, código postal, entidad federativa):



- d. Teléfono de la UFV (incluyendo la clave lada):
- e. Correo electrónico de la UFV:

II. Datos del Responsable de la Unidad de Farmacovigilancia y/o Tecnovigilancia (según sea el caso)

- a. Nombre (s), apellido paterno, apellido materno:
- b. Título profesional:
- c. No. De cédula profesional:
- d. Teléfono personal (incluyendo la clave lada):
- e. Correo electrónico:
- f. Días y horario laborales:

III. Datos del Director Médico

- a. Nombre (s), apellido paterno, apellido materno
- b. Título profesional
- c. No. De cédula profesional
- d. Correo electrónico

IV. Nombre, cargo y firma del director o jefe inmediato que autoriza la baja

Los cuales tendrán un ciclo de vida de indefinida ya que los datos se actualizarán en el caso de que haya cambio del responsable de la Unidad de Farmacovigilancia y/o Tecnovigilancia.

Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de sus datos personales (derechos ARCO) directamente ante la Unidad de Transparencia de la Agencia de Protección Sanitaria del Gobierno de la Ciudad de México, ubicada en Avenida Insurgentes Norte, número 423, colonia San Simón Tolnahuac, demarcación territorial Cuauhtémoc, C.P. 06900, Ciudad de México con número telefónico 57411457 o bien, a través del Sistema INFOMEX (www.infomexdf.org.mx) o la Plataforma Nacional de Transparencia (<http://www.plataformadetransparencia.org.mx/>), o en el correo electrónico oip.aps@cdmx.gob.mx.

Si desea conocer el procedimiento para el ejercicio de estos derechos puede acudir a la Unidad de Transparencia, enviar un correo electrónico a la dirección antes señalada o comunicarse al TEL-INFO (56364636).