**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Cusco,…………de…………………….. de…………

**El (LA) SUSCRITO (A): (Nombres y apellidos completos)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con N° de DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Trabajador de U.E./GERESA/RED/HOSPITAL/PUNTO DE DIGITACION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCION/OFICINA/AREA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En virtud del cumplimiento de la Constitución Política del Perú, la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y de lo señalado en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, acepto y reconozco que tengo acceso a los siguientes sistemas de información asistencial y administrativo del Ministerio de Salud, que contiene datos personales y de salud, los mismos que son necesarios para el cumplimiento de mis funciones.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HIS MINSA |  | SISCOVID |  |
| HISTORIAS CLINICAS SIHCE |  | PADRON NOMINAL |  |
| REFCON |  | CNV (CERTIFICADO DE NACIDO VIVO) |  |
| SINADEF (SISTEMA NACIONAL DE DEFUNCIONES) |  | FON (Funciones Obstétricas Neonatales |  |
| SETIIPRES |  | TUA SUSALUD |  |
| FTP (GERESA CUSCO) |  | Actualizar Información Página Web |  |
| SIGA |  | SIAF |  |

En ese sentido, por este medio me obligo a no divulgar, revelar, comunicar, transmitir, grabar, duplicar, copiar o de cualquier otra forma reproducir información y documentación a la que tengo acceso, sin la autorización expresa y por escrito del titular de dicha información, bajo responsabilidad, salvo que exista una Ley que expresamente autorice a compartir la misma, tal y como lo señala la Ley de Protección de Datos Personales.

Asimismo, debo señalar que la información que accedo a través de los sistemas de información antes mencionados, solo serán usadas para los fines autorizados, constituyéndose los estudios e informes únicamente como propiedad del Ministerio de Salud, en su calidad de Autoridad Nacional de Salud.

En caso de incumplimiento, me someto a las responsabilidades de índole administrativa, penal y civil conforme a Ley.

Las obligaciones y derechos inmersos en el presente compromiso de confidencialidad estarán vigentes a partir de la fecha de firma del vínculo contractual o laboral con la Institución a la que represento, durante el tiempo que dure esta relación y después de la fecha en que se haya dado por terminada la relación laboral o contractual, sin importar la razón de la misma.

Por tanto, expreso mi compromiso de respetar el derecho fundamental a la protección de los datos personales, la intimidad personal y familiar de los usuarios y a guardar la reserva debida sobre la información a la que tuviera acceso por razón de mi actividad, prolongándose esta reserva incluso después que finalice el ejercicio de mi relación contractual o laboral con mi Institución.

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RED DE SALUD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MICRORED: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Huella Digital