



PERÚ

Ministerio
de Salud

PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN DE ACCESOS Y CONTROL
PERIÓDICO DE CUENTAS DE USUARIOS EN LOS SISTEMAS
DE INFORMACIÓN ADMINISTRADOS POR EL MINSA

Página 1 de 2

Anexo 02: Formato de Solicitud de Alta/Baja/Modificación/Renovación de Usuarios.

Fecha:

/ /

FORMATO DE SOLICITUD

Tipo de Solicitud: ☐ Alta ☐ Baja ☐ Modificación ☐ Renovación

Datos del Usuario Solicitado:

- Condición laboral: ☐ Locador ☐ Nombrado ☐ Designado ☐ Contratado
- Nombres y Apellidos:
- Tipo de Documento:
- Número de Documento:
- N° Celular:
- Correo Electrónico:
- N° de Colegiatura: (Si corresponde)
- RNE: (Si corresponde)

Detalle del Acceso Solicitado:

- Perfil Solicitado:
☐ Administrador ☐ Implementador ☐ Usuario Final ☐ Soporte Técnico
☐ Otro (especificar):
- Sistema Solicitado:
- Módulo / Sub módulo Solicitado (Si corresponde)
- Vigencia: Fecha de inicio: / / Fecha fin: / /

Justificación de la Solicitud: *(Indica el motivo de la solicitud)*

Firma del Solicitante:

Documento de identificación:

Firma del funcionario que autoriza:

Documento de identificación:

Anexo 03: Compromiso de confidencialidad de uso del sistema de información

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Ciudad: Tumbes,

El (La) suscrito(a):

Cargo:

Dependencia:

Condición laboral: ☐ Locador ☐ Nombrado ☐ Designado ☐ Contratado

Se obliga a lo siguiente:

Por mi vínculo laboral con la DIRESA TUMBES, y en atención a las funciones que desempeño, se me otorga acceso al sistema solicitado, bajo el perfil asignado. Este acceso comprende el uso de tecnologías, documentos, datos, especificaciones, métodos, procesos e información a los que tenga acceso, de forma directa e indirecta, como consecuencia del acceso brindado, Me comprometo a mantener absoluta confidencialidad sobre toda esta información.

En tal sentido, me comprometo a utilizar dicha información exclusivamente en el marco de mis funciones, y a no divulgar, revelar, comunicar, transmitir, grabar, duplicar, copiar ni reproducir, por ningún medio, sin la autorización expresa y por escrito del titular de la información. Así mismo asumiré la responsabilidad de impedir que documentos e información que contengan datos personales sensibles sean visualizados, reproducidos o manipulados por personas no autorizadas por el titular o usuario de salud correspondiente.

En caso de tratamiento de datos personales, me obligo a almacenarlos y gestionarlos exclusivamente en los medios y formatos autorizados por la Entidad.

Reconozco que el incumplimiento de este compromiso podrá conllevar responsabilidades administrativas, civiles y penales, conforme a lo establecido en la **Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su normativa complementaria**.

Asimismo, reconozco que toda información a la que acceda en el ejercicio de mis funciones, tanto previa como posteriormente a la firma del presente compromiso, tiene carácter confidencial. Me comprometo a respetar la privacidad de los usuarios y a preservar la confidencialidad de toda información obtenida en el ejercicio de mis funciones, obligación que subsiste incluso después de la finalización de mi relación laboral con la Institución. Al término de la misma, procederé a devolver toda documentación o soporte que contenga información vinculada a la Entidad.

Nombres y Apellidos:

Documento de Identificación: