



**OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO**  
**MICRORED DE SALUD CALZADA**

*“Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”*

Calzada, 30 de diciembre del 2024

**OFICIO N°099- 2024 - OGESS.A.M / MR.S. CALZADA / J.M.R**

**Señor:**

**M.C. ROGER JOSE ROMERO OCHOA**

*Director General de la OGESS Alto Mayo.*

**Moyobamba**

**Asunto : SOLICITUD DE CREACION DE USUARIOS HISMINSA.**

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y solicitar la gestión de la Creación de TRES (03) usuarios HisMinsa para el personal administrativo, técnico y profesional de la salud pertenecientes a este Establecimiento de Salud, para la gestión de información.

Por lo expuesto, remito a su Despacho el presente expediente con la siguiente documentación sustentatoria:

1. Compromiso de Confidencialidad.
2. Declaración Jurada.
3. Roles HisMinsa

Atentamente:



**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ALTO MAYO**  
**MICRO RED CALZADA**

*Eddy Acosta Guevara*  
**MÉDICO CIRUJANO**  
**CMF: 06942**  
**JEFE DE MICRORED**




# Solicitud de Accesos al Sistema de Información de HISMINSA

RED DE SALUD : MONOBAMBA  
 ESTABLECIMIENTO : SANTA ROSA DE OROMINA

MICRORED : CALZADA  
 FECHA : 31/12/2025

N°	DNI	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	PROFESION	CORREO	CELULAR/ TELEFONO	TIPO DE CONTRATO	TIPO DE ACCESO	PERIODO DE VIGENCIA ACCESO HISMINSA	Administrador de Actividades Complementarias	Descarga Maestro Personal	Usuario de Reportes de Estrategia	Control de calidad de Registro de Inmunizaciones	Admisión	Consulta de Historial Atenciones	Consulta Meta 4	Digitador de Actividades Complementarias	Mantenimiento Personal	Registro de Indocumentados	Registro de Indocumentados RENIEC	Supervisor de Actividades Complementarias	Supervisor de Punto de Digitación	Usuario de Reportes Estadísticos	Usuario de Punto de Digitación
1	72706991	SOLSOL	ISIDRO	ANDREA ELIZABETH	LIC. EN ENFERMERIA	solsolandra12@gmail.com	954747484	seniums	CONSULTOR	31/12/2025					X	X									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									

  
**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYD BAYO**  
**MICRO RED CALZADA**  
*Eddy Acosta Galarza*  
 MEDICO CIRUJANO  
 CMT-069471  
**BIENEN DIRECTOR RED**  
 RED/MICRORED/ESTABLECIMIENTO

ROL DE ACCESO





PERÚ

Ministerio de Salud

SECRETARÍA GENERAL

CÁLCINA GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA INFORMACIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"  
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Moyobamba, 30 de diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Josue Miller Tarazona Tapullima

Nº de DNI: 73710420

INSTITUCIÓN: Microred de Salud Calzada

CORREO ELECTRÓNICO: Josuemiller7495@gmail.com

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 al **HIS MINSA** para el cumplimiento de mis funciones, el cual es un sistema de información asistencial del Ministerio de Salud, que además contiene datos personales incluyendo datos personales de salud.

En ese sentido, por este medio me obligo a no divulgar, revelar, comunicar, transmitir, grabar, duplicar, copiar o de cualquier otra forma reproducir, sin la autorización expresa y por escrito del titular del banco de datos personales, la información y documentación a la que tengo acceso, bajo responsabilidad.

Asimismo, debo señalar que la información que accedo a través del sistema de información antes mencionado solo será usada para los fines autorizados y dentro del marco de la pandemia de COVID- 19, constituyéndose los estudios e informes únicamente como propiedad del Ministerio 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 contractual o laboral, 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.

Firma: 

DNI N°: 73710420

Huella:





PERÚ

Ministerio de Salud

SECRETARÍA GENERAL

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"  
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Moyobamba, 30 de diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Maña Leonila Campos Cueva  
N° de DNI: 45080352  
INSTITUCIÓN: Micro Red de Salud Calzada  
CORREO ELECTRÓNICO: mcampos070823@gmail.com

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 al **HIS MINSA** para el cumplimiento de mis funciones, el cual es un sistema de información asistencial del Ministerio de Salud, que además contiene datos personales incluyendo datos personales de salud.


En ese sentido, por este medio me obligo a no divulgar, revelar, comunicar, transmitir, grabar, duplicar, copiar o de cualquier otra forma reproducir, sin la autorización expresa y por escrito del titular del banco de datos personales, la información y documentación a la que tengo acceso, bajo responsabilidad.

Asimismo, debo señalar que la información que accedo a través del sistema de información antes mencionado solo será usada para los fines autorizados y dentro del marco de la pandemia de COVID- 19, constituyéndose los estudios e informes únicamente como propiedad del Ministerio 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 contractual o laboral, 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.

Firma:   
DNI N°: 45080352

Huella:







"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"  
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Moyobamba. 30 de 12 del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Andrea E. Solsol Isidro  
Nº de DNI: 7270 6991  
INSTITUCIÓN: Puesto de salud Santa Rosa de Oromina  
CORREO ELECTRÓNICO: solsolandrea12@gmail.com

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 al **HIS MINSA** para el cumplimiento de mis funciones, el cual es un sistema de información asistencial del Ministerio de Salud, que además contiene datos personales incluyendo datos personales de salud.

En ese sentido, por este medio me obligo a no divulgar, revelar, comunicar, transmitir, grabar, duplicar, copiar o de cualquier otra forma reproducir, sin la autorización expresa y por escrito del titular del banco de datos personales, la información y documentación a la que tengo acceso, bajo responsabilidad.

Asimismo, debo señalar que la información que accedo a través del sistema de información antes mencionado solo será usada para los fines autorizados y dentro del marco de la pandemia de COVID- 19, constituyéndose los estudios e informes únicamente como propiedad del Ministerio 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 contractual o laboral, 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.

Firma: 

DNI N°: 72 70 6991

Huella:



### DECLARACIÓN JURADA

Yo, José Miller Tarazona Tapullima..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 73710420..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Calzada..... designado por Eddy Acosta Guvama..... en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento, directiva de seguridad, así como la Resolución Ministerial NQ 004-2016-PCM, que aprueba el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana "NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos. 2da Edición", en todas las entidades integrantes del sistema nacional de informática y la Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI, "Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud".

Declaro que como responsable del banco de datos personales, de la autorización del personal a mi cargo al acceso a los sistemas de información asistenciales que el Ministerio de Salud brinda para el cumplimiento de nuestras funciones, que he recibido los lineamientos de seguridad de la información para la gestión de accesos del sistema de información asistencial HIS MINSA, que se deben cumplir y que son de mi entera responsabilidad su cumplimiento, así como de su difusión, para que el personal tenga conocimiento del mismo, bajo responsabilidad.

Asimismo, declaro conocer que la presente declaración se encuentra sujeta al principio de presunción de veracidad y al principio de privilegio de controles posteriores, establecidos en el TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Moyobamba, a los 30 días del mes de diciembre de 2024

Firma:

Nombre: José Miller Tarazona Tapullima

DNI: 73710420

Huella:





### DECLARACIÓN JURADA

Yo, Maña Leonila Campos Cueva identificada con Documento Nacional de Identidad N° 45080352 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Micro Red Salud Calzada designado por M.C Eddy Acosta Guevara en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento, directiva de seguridad, así como la Resolución Ministerial NQ 004-2016-PCM, que aprueba el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana "NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos. 2da Edición", en todas las entidades integrantes del sistema nacional de informática y la Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/OGTI, "Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud".

Declaro que como responsable del banco de datos personales, de la autorización del personal a mi cargo al acceso a los sistemas de información asistenciales que el Ministerio de Salud brinda para el cumplimiento de nuestras funciones, **que he recibido los lineamientos de seguridad de la información para la gestión de accesos del sistema de información asistencial HIS MINSA, que se deben cumplir y que son de mi entera responsabilidad su cumplimiento, así como de su difusión, para que el personal tenga conocimiento del mismo**, bajo responsabilidad.

Asimismo, declaro conocer que la presente declaración se encuentra sujeta al principio de presunción de veracidad y al principio de privilegio de controles posteriores, establecidos en el TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.



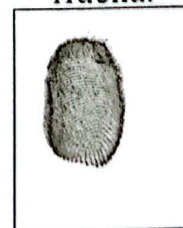
Moyobamba, a los 30 del mes de Diciembre de 2024

Firma: [Signature]

Nombre: Maña Leonila Campos Cueva

DNI: 45080352

Huella:





### DECLARACIÓN JURADA

Yo, Andrea E. Solsol Isidro identificado con Documento Nacional de Identidad N° 7270 6991 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Santa Rosa de Aromino designado por M.C. Eddy Acosta Guevara en el marco de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, su reglamento, directiva de seguridad, así como la Resolución Ministerial NQ 004-2016-PCM, que aprueba el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana "NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Técnicas de Seguridad. Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información. Requisitos. 2da Edición", en todas las entidades integrantes del sistema nacional de informática y la Resolución Ministerial N° 688-2020/MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 294-MINSA/2020/0GTI, "Directiva Administrativa que establece el tratamiento de los datos personales relacionados con la salud o datos personales en salud".

Declaro que como responsable del banco de datos personales, de la autorización del personal a mi cargo al acceso a los sistemas de información asistenciales que el Ministerio de Salud brinda para el cumplimiento de nuestras funciones, que he recibido los lineamientos de seguridad de la información para la gestión de accesos del sistema de información asistencial HIS MINSA, que se deben cumplir y que son de mi entera responsabilidad su cumplimiento, así como de su difusión, para que el personal tenga conocimiento del mismo, bajo responsabilidad.

Asimismo, declaro conocer que la presente declaración se encuentra sujeta al principio de presunción de veracidad y al principio de privilegio de controles posteriores, establecidos en el TUPAO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.



Moyobamba, a los 30 del mes de 12 de 2024

Firma: [Handwritten Signature]  
Nombre: Andrea Solsol Isidro  
DNI: 72 70 6991

