

# Solicitud de Accesos al Sistema de Información de HISMINSA

MICRORED : SORITOR

FECHA : 31/12/2025

RED DE SALUD : MOTORAMBIA

ESTABLECIMIENTO :

ROL DE ACCESO																									
N°	DNI	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	PROFESION	CORREO	CELULAR / TELEFONO	TIPO DE CONTRATO	TIPO DE ACCESO	PERIODO DE VIGENCIA HISMINSA	Administrador de Actividades Complementarias	Descarga Maestro Personal	Usuario de Reportes de Estrategia Personal	Control de calidad de Inmunizaciones	Admisión	Consulta de Historial Atenciones	Consulta Méta 4	Digitador de Actividades Complementarias	Mantenimiento Personal	Registro de Indocumentados	Registro de Indocumentados RENAMEC	Supervisor de Actividades Complementarias	Supervisor de Punto de Digitación	Usuario de Reportes Estadísticos	Usuario de Punto de Digitación
1	1673999	DAVILA	RENGIFO	DALLA	LIC. ADMINISTRACION Y FINANZAS	dallaz32@hotmail.com	9472437	NOMBRADO	CONSULTOR / REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	75933981	SILVA	CARDENAS	JOSEF JHULLIAN	TEC. ADMINISTRACION	jhosensilva21@gmail.com	941119694	276	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	71299360	RUIZ	PEREZ	LUZ FANI	TEC. CONTABILIDAD	juane_12@hotmail.com	996659541	CAS	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	45602325	SOPLIN	DAVILA	BETZABE	TEC. INFORMATICA	betzabe_sd@hotmail.com	978264270	CAS	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	77286091	FLORES	CABRERA	JORGE DANVY	LIC. ADMINISTRACION	jorge_19996-7@hotmail.com	910563063	LOCADOR	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	71789939	ALVARADO	GONZALES	JINA MELISA	TEC. CONTABILIDAD	meliaradhe09@gmail.com	956014412	LOCADOR	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

DIRECCION REGIONAL DE SALUD ALICATAO



Obst. Milton Rios Rodriguez  
JEFE DE LA MICRORED SORITOR  
DNI: 04334472

FIRMA DIRECTOR

RED/MICRORED/ESTABLECIMIENTO



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y  
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Lima, 27 de Diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Ina Melisa Alvarado Gonzales  
N° de DNI: 71789939  
INSTITUCIÓN: Centro de Salud Sontor  
CORREO ELECTRÓNICO: melicriadne09@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°: 71789939







"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y  
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Lima, 27 de Diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Betzabe Joplín Davila  
N° de DNI: 45602325  
INSTITUCIÓN: Centro de Salud Soritor  
CORREO ELECTRÓNICO: betzabe\_sd@hotmail.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°: 45602325





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Lima, 27 de diciembre, del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Josep Jhullion Silva Cardenas  
N° de DNI: 75933981  
INSTITUCIÓN: Centro de Salud Soritor  
CORREO ELECTRÓNICO: jhosepsilva21@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°: 75933981







"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Lima, 27 de diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Jorge Dany flores Esbrera

Nº de DNI: 77286091

INSTITUCIÓN: Centro de salud Soritor

CORREO ELECTRÓNICO: jorge\_1996\_7@hotmail.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: [Signature]

DNI N°: 77286091





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y  
de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Lima, 27 de Diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Juz Fani Ruiz Pérez  
N° de DNI: 71299360  
INSTITUCIÓN: Centro de Salud Soritor  
CORREO ELECTRÓNICO: juape\_12@hotmail.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°: 71299360







"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Lima, 27 de Diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Dalila Davila Rengifo

Nº de DNI: 16733999

INSTITUCIÓN: Centro de salud Soritor.

CORREO ELECTRÓNICO: Dalila232@hotmail.com



En virtud del cumplimiento de la Constitución Política del Perú, la Ley Nº 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y de lo señalado en la Ley Nº 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 Nº: 16733999



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"

### DECLARACIÓN JURADA




Yo, Ina Melissa Alvarado González identificado con Documento Nacional de Identidad N° 71789939 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Centro de Salud Soritok designado por Milton Rios Rodríguez 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.

Lima, a los 27 días del mes de Diciembre de 2024

Firma: 

Nombre: Ina Melissa Alvarado González

DNI: 71789939



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"

### DECLARACIÓN JURADA



Yo, Betzabe Soplin Davila ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 45602325 ..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Centro de Salud Soritor ..... designado por Milton Rios Rodriguez ..... 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 TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

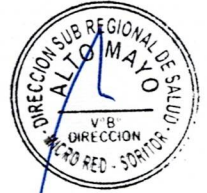
Lima, a los 27 ..... del mes de Diciembre ..... de 2024

Firma: B. Soplin

Nombre: Betzabe Soplin Davila

DNI: 45602325

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"



### DECLARACIÓN JURADA

Yo Jhosep Shulkan Silva Cadenos ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 75933981 ..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Centro de Salud Soritor ..... designado por Milton Pcos Rodriguez ..... 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 TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Lima, a los 27 ..... del mes de Diciembre ..... de 202 4

Firma:

Nombre: Jhosep Shulkan Silva Cadenos

DNI: 75933981



“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho”



## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Jorge Dany Flores Cabrera.....identificado con Documento Nacional de Identidad N° 77286091..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Centro de Salud Saritor..... designado por Milton Rios Rodriguez....., 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.

Lima, a los 27 días..... del mes de Diciembre..... de 2024

Firma: JDF

Nombre: Jorge Dany Flores Cabrera

DNI: 77286091

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"



### DECLARACIÓN JURADA

Yo, Luz Fani Ruiz Pérez ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 71299360 ..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Centro de Salud Soritor ..... designado por Milton Rios Rodriguez ..... 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 TULO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Lima, a los 27 días ..... del mes de Diciembre de 202 4

Firma: Luz Fani Ruiz Pérez

Nombre: Luz Fani Ruiz Pérez

DNI: 71299360



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra  
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de  
Junín y Ayacucho"




## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Dalila Dávila Rengifo ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 16733999 ..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Centro de Salud Soritor ..... designado por Milton Ríos Rodríguez ..... 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 TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Lima, a los 27 días ..... del mes de diciembre de 2024

Firma: 

Nombre: Dalila Dávila Rengifo

DNI: 16733999