

"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"

DECLARACIÓN JURADA

Yo, Gino Alejandro Pera de Cuzco identificado con Documento Nacional de Identidad N° 42502742 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Mental Comunitario - Moyobamba designado por BETTY BRIONES VENTURIA 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 27 del mes de Diciembre de 2024

Firma:

Nombre: Gino Alejandro Pera de Cuzco

DNI: 42502742

Huella:



**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**Moyobamba, 27 de Diciembre del 2024El (LA) SUSCRITO (A): Gino Alejandro Vera La CruzN° de DNI: 42502742INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO - MOYOBAMBACORREO ELECTRÓNICO: adrazasmc@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°: 42502742

Huella:



Solicitud de Accesos al Sistema de Información de HISMINSA

RED DE SALUD : MOYOBAMBA

MICRORED :

ESTABLECIMIENTO : CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO MOYOBAMBA

FECHA : 27/12/2024

N°	DNI	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	PROFESION	CORREO	CELULAR / TELEFONO	TIPO DE CONTRATO	TIPO DE ACCESO	PERIODO DE VIGENCIA ACCESO HISMINSA	ROL DE ACCESO																	
											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 RENECE	Supervisor de Actividades Complementarias	Supervisor de Punto de Digitación	Usuario de Reportes Estadísticos	Usuario de Punto de Digitación			
1	42502742	DEZA	LA CUNZA	GINO ALEJANDRO	TÉCNICO INFORMATICO	adezacsmc@gmail.com	930212923	CAS SUPLENCIA	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												


 Lic. Betty Briones Ventura
 C.P. 17178
 Director del Centro de Salud Mental Comunitario Moyobamba
 RED/MICRORED/ESTABLECIMIENTO