



OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - M.R. JERILLO

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la
Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Moyobamba, 27 de Diciembre de 2024.

OFICIO N.º001 - 2024-GRSM-DIRESA/DIS.

Señor:

Mc. ROGER JOSE ROMERO OCHOA

Director de la Oficina de Gestión de Servicios de Salud Alto Mayo
Moyobamba

Asunto : Solicitud de creación 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 Jerillo, 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 SAN MARTÍN
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
MICRO RED DE SALUD JERILLO
Judith Najar Freyre
Dra. Judith Najar Freyre
CO-3603P
JEFE(A) DE LA MICRO RED DE SALUD JERILLO

Solicitud de Accesos al Sistema de Información de HISMINSA

UD : MOYOBAMBA

MICRORED :

JERILLO

BIENITO : CENTRO DE SALUD JERILLO

FECHA : 27/12/2024

		ROL DE ACCESO																							
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	Resgistro de Indocumentados	Indocumentados RENIEC	Supervisor de Actividades Complementarias	Supervisor de Punto de Digitación	Usuario de Reportes Estadísticos	Usuario de Punto de Digitación	
FLORES	VASQUEZ	LEOPOLDO	TEC. COMPUTACION E INFORMATICA	eucho_94@hotmail.es	900639744	CAS	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
VELA	ROJAS	ERICSSON ROBERT	TEC. COMPUTACION E INFORMATICA	Robert_velarojas@hotmail.com	979843328	CAS	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GARATE	LOPEZ	MARILYN	LIC. ENFERMERIA	marv_l_w@hotmail.com	959228952	CAS	CONSULTOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X


 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SER MARIYA
 DISTRITO DE SAN JERILLO DE LOS RIOS
 MICRORED DE SALUD JERILLO

Eusebio Abadín Ugarte Freyre
 COG. 38038
 JEFE DE CENTRO DE SALUD JERILLO

FIRMA DIRECTOR
 RED/MICRORED/ESTABLECIMIENTO

"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, ERICSSON ROBERT VELA ROJAS identificado con Documento Nacional de Identidad N° 70805835 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Jerillo designado por Obst JUDITH NAJAR FREYRE, Jefe de la Microred Jerillo, 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 los27..... del mes de diciembre de 2024

Firma:



Huella:



Nombre:

ERICSSON ROBERT VELA ROJAS

DNI:

70805835



"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, LEOPOLDO FLORES VASQUEZ identificado con Documento Nacional de Identidad N° 76676131 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud JERILLO designado por Obst. JUDITH NAJAR FREYRE, jefe de la Microred, 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.

Moyobamba, a los 27 del mes de diciembre de 2024

Firma:

Huella:



Nombre: LEOPOLDO FLORES VASQUEZ

DNI: 76676131



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MARCO
MICRORED DE SALUD JERILLO
Judith Najjar Freyre
Obst. Judith Najjar Freyre
CQP: 3038
JEFE DE LA MICRORED DE SALUD JERILLO

“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, MARILYN GARATE LOPEZ identificado con Documento Nacional de Identidad N° 70421057 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Jerillo designado por Obst JUDITH NAJAR FREYRE, Jefe de la Microred Jerillo, 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:

MARILYN GARATE LOPEZ

DNI:

70421057

Huella:



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
ORIGINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MARB
MICRO RED DE SALUD JERILLO
Judith Najjar Freyre
Obsta. Judith Najjar Freyre
C.P.: 36038
JEFE (a) DE LA MICRO RED DE SALUD JERILLO



"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, 27__de diciembre__del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): ERICSSON ROBERT VELA ROJAS

Nº de DNI: 70805835

INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD JERILLO

CORREO ELECTRÓNICO: Robert_velarojas@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 r eproducir, 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 ín dole 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.

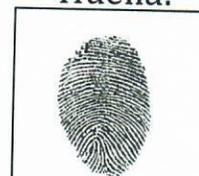


Firma: _____

DNI Nº: 70805835



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, 27 de diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): LEOPOLDO FLORES VASQUEZ

Nº de DNI: 76676131

INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD JERILLO

CORREO ELECTRÓNICO: cucho_94@hotmail.es

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°: 76676131



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN
OFICINA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO
MUCHO RED DE SALUD JERILLO

SESIÓN
M.R. ÁRILLO

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, 27__de diciembre__del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): MARILYN GARATE LOPEZ

Nº de DNI: 70421057

INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD JERILLO

CORREO ELECTRÓNICO: mary_r_w@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 r eproducir, 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.

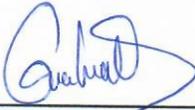


Asimismo, debo señalar que la información que accedo a través del sistema de información antes mencionado solo será usada para los fines autorizados y dentro del marco de la pandemia de COVID- 19, constituyéndose los estudios e informes únicamente como propiedad del Ministerio de Salud.

En caso de incumplimiento, me someto a las responsabilidades de ín dole 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°: 70421057



Huella:

