



GOBIERNO REGIONAL  
SAN MARTÍN

# OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO

MICRO RED DE SALUD LLUYLLUCUCHA

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Moyobamba, 28 de diciembre de 2024.

## INFORME N.º 2053 - 2024-GRSM-DIRESA/DIS.

Señor:

**Mc. Roger José Romero Ochoa**  
**DIRECTOR REGIONAL DE OGESS 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 diez (9) 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.



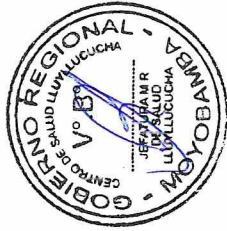
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD ALTO MAYO  
RED DE SERVICIO DE SALUD MOYOBAMBA  
.....  
Dra. Marcia V. Ríos Noriega  
C.M.P : 38493  
JEFA MRS LLUYLLUCUCHA

# Solicitud de Accesos al Sistema de Información de HISMINSA

RED DE SALUD : MOYOBAMBA  
 ESTABLECIMIENTO : RED MOYOBAMBA

MICRORED : HOGAR PROTEGIDO 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	Administrador de Actividades Complementarias	Descarga Maestro Personal	Usuario de Reportes de Estrategia	Control de calidad de Registro de Inmunizaciones	Admisión	Consulta de Historial	Consulta de Historial Atenciones	Consulta Meta 4	Digitador de Actividades Complementarias	Registrador de Personal	Indocumentados	Indocumentados	Supervisor de Actividades Complementarias	Supervisor de Puntos de Digitación	Usuarios de Reportes Estadísticos	Usuario de Punto de Digitación
1	45561228	SANCHEZ	VISALOT	ARODITH MELISSA	TEC. COMP. E INF.	<a href="mailto:mesavib89@gmail.com">mesavib89@gmail.com</a>	985064427	CAS 1057	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	70417204	VARGAS	NUNCEVAY	HERMES JHONATAN	TEC. COMP. E INF.	<a href="mailto:volcom_1869@hotmail.com">volcom_1869@hotmail.com</a>	917869164	CAS 1057	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	41473714	TENAZOA	RIOS	ANITA MARIA	TEC. CONTABLE	<a href="mailto:anita_tamazoa@gmail.com">anita_tamazoa@gmail.com</a>	981509841	CAS 1057	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	76625399	MACEDO	PEREZ	DELBERT	TEC. ADM	<a href="mailto:demacedo10@gmail.com">demacedo10@gmail.com</a>	986077930	CAS 1057	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	42323362	TUESTA	ROJAS	KARIN	TEC. COMP. E INF.	<a href="mailto:katurto20@gmail.com">katurto20@gmail.com</a>	974858257	CAS 1057	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	41971846	ZUMAETA	RIOS	EDGAR	TEC. COMP. E INF.	<a href="mailto:edgarz19@gmail.com">edgarz19@gmail.com</a>	984618215	CAS 1057	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	47703444	RUBIO	CUBAS	ROSITA PAULINA	TEC. CONTABLE	<a href="mailto:rubicubasrosta@gmail.com">rubicubasrosta@gmail.com</a>	972089111	CAS 1057	REGISTRADOR	31/12/2025	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	45235219	SALAZAR	RIOS	SILVIA LOURDES	LIC. EN ENFERMERIA	<a href="mailto:lourdesalzarifosol@gmail.com">lourdesalzarifosol@gmail.com</a>	988157447	NOMBRADO	CONSULTOR	31/12/2025						X										
9	44991240	PEREZ	VILLACORTA	ROLANDO	LIC. EN ENFERMERIA	<a href="mailto:rolandoperrezvillacorta@gmail.com">rolandoperrezvillacorta@gmail.com</a>	952656169	NOMBRADO	CONSULTOR	31/12/2025						X										



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MOYOBAMBA  
 UNIDAD EJECUTORA DE SALUD  
 RED DE SERVICIO DE SALUD MOYOBAMBA  
 Dra. Marjorie V. Ros Notiegia  
 FIRMA DIRECTOR 36493  
 JEFE DE SERVICIO DE ESTABLECIMIENTO  
 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, Arodith M. Sanchez Visalot identificado con Documento Nacional de Identidad N° 45561228 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Mr. Lluylucucha designado por Marcia Wiliana Ríos Noriega 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 28 del mes de Diciembre de 2024

Firma: Arodith

Nombre: Arodith Melissa Sanchez Visalot

DNI: 45561228

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"

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, **HERMES JHONATAN VARGAS NUNCEVAY** identificado con Documento Nacional de Identidad N° **70417204** en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud **CENTRO DE SALUD LLUYLLUCUCHA** designado por **MARCIA VIVIANA RIOS NORIEGA** 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.

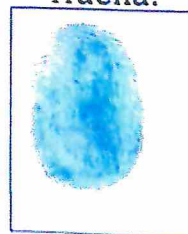
Moyobamba, a los **28** del mes de **DICIEMBRE** de 2024

Firma:

Nombre: **HERMES JHONATAN VARGAS NUNCEVAY**

DNI: **70417204**

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"

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, Delbert Macedo Pérez identificado con Documento Nacional de Identidad N° 76625399 en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud P.S. Noy Mucucha designado por Mercio Diviana Rios Noriega, 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 28 del mes de diciembre de 2024

Firma:

Nombre:

Delbert Macedo Pérez

DNI:

76625399

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, 28 de diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): *Delbert Macedo Pérez*  
Nº de DNI: *76625399*  
INSTITUCIÓN: *C.S. Moyobamba*  
CORREO ELECTRÓNICO: *delmacedo10@gmail.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: *Delbert Macedo Pérez*  
DNI Nº: *76625399*



"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, Anita María Tenazoa Ríos ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 41473714 ..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud C.S. Lluylucucha ..... designado por Marcia Viviana Ríos Noriega ..... 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 28 ..... del mes de Diciembre de 2024

Firma: Anita R

Nombre: Anita María Tenazoa Ríos

DNI: 41473714

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, 28 de Diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Anita María Tenazoa Ríos  
Nº de DNI: 41473714  
INSTITUCIÓN: C. S. Lluylucucha  
CORREO ELECTRÓNICO: anita.tenazoa@gmail.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: Anita María Tenazoa Ríos

DNI Nº: 41473714

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"

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, Karin Tuesta Rojas..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 42323362..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud C.S. Lluylucucha..... designado por Marcia Viviana Pios Noriega....., 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 28..... del mes de diciembre de 2024

Firma:

Karin Tuesta Rojas

Nombre: Karin Tuesta Rojas

DNI: 42323362

Huella:



**COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Moyobamba, 28 de diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Karin Tuesta Rojas

Nº de DNI: 42323362

INSTITUCIÓN: C.S. Lluylucucha

CORREO ELECTRÓNICO: katunto20@gmail.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: 42323362

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"

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, EDGAR ZUMETA RIOS ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 41971846 ..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud LLOYHUCCCHA ..... designado por MARCIA VIVIANA RIOS NORIEGA ..... 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 TULO de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Moyobamba, a los 28 ..... del mes de DICIEMBRE de 2024

Firma:

Nombre: EDGAR ZUMETA RIOS

DNI: 41971846

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, 28 de DICIEMBRE del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): EDGAR ZURRUTUA RIOS  
Nº de DNI: 41971846  
INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD LUYLLUCUCHA  
CORREO ELECTRÓNICO: edgarzm9@gmail.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: [Handwritten Signature]  
DNI Nº: 41971846



"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, Rosita Paulina Rubio Cubas ..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 47703444 ..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Lluyllucuecha ..... designado por Maria Viviana Pios Noriega ..... 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.

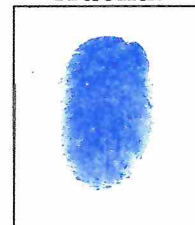
Moyobamba, a los 28 ..... del mes de Diciembre ..... de 2024

Firma: Rosita Paulina Rubio Cubas

Nombre: Rosita Paulina Rubio Cubas

DNI: 47703444

Huella:



COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Moyobamba, 28 de Diciembre del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): ROSITA PAULINA RUBIO CUBAS  
N° de DNI: 47703444  
INSTITUCIÓN: C.S. LLUYLLUCUCHA  
CORREO ELECTRÓNICO: rubiocubasrosita@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: [Signature]  
DNI N°: 47703444





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, 28 de 12 del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): ROLANDO PEREZ VILLACORTA  
N° de DNI: 44991240  
INSTITUCIÓN: CENTRO DE SALUD LUYLLUCUCHA  
CORREO ELECTRÓNICO: rolandoperezvillacorta@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.

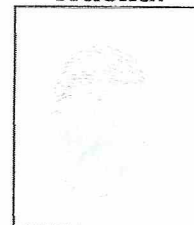


Por tanto, expreso mi compromiso de respetar el derecho fundamental a la protección de los datos personales, la intimidad personal y familiar de los usuarios y a guardar la reserva debida sobre la información a la que tuviera acceso por razón de mi actividad, prolongándose esta reserva incluso después que finalice el ejercicio de mi relación contractual o laboral con mi institución.

Firma: \_\_\_\_\_

DNI N°: 44991240

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"

## DECLARACIÓN JURADA

Yo, Silvia Lourdes Salazar Rios..... identificado con Documento Nacional de Identidad N° 45235219..... en calidad de responsable del banco de datos personales del establecimiento de salud Lluç Llucucha..... designado por Marcia Viviana Rios Norega....., 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.

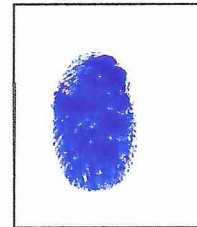
Moyobamba, a los 28..... del mes de 12..... de 2024

Firma:

Nombre: Silvia Lourdes Salazar Rios

DNI: 45235219

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, 28 de 12 del 2024

El (LA) SUSCRITO (A): Silvia Lourdes Salazar Rios

N° de DNI: 45235219

INSTITUCIÓN: C.S. Lluyllucucha

CORREO ELECTRÓNICO: lourdesalazarrios01@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: [Handwritten Signature]

DNI N°: 45235219

Huella:

