



PERÚ

Ministerio
de Salud

SECRETARIA GENERAL

OFICINA GENERAL DE
TECNOLOGÍAS DE LA
INFORMACIÓN

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

COMPROBANTE DE CONFIDENCIALIDAD

Abancay, _____ de _____ de 2026

El (LA) SUSCRITO (A):

N° de DNI:

PROFESIÓN:

CONDICIÓN LABORAL:

INSTITUCIÓN / EE. SS.:

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, 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:

CORREO ELECTRÓNICO:

Nro. CELULAR: