

ANEXO 1.

Formulario de compromiso con el buen uso de la tecnología informática, la confidencialidad y seguridad de la información

Por el presente documento, el suscrito _____, mayor de edad y domiciliado(a) en la ciudad de _____, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____ actuando en representación propia o legal como aparece al pie de firma, me permito suscribir el presente compromiso con el buen uso de la tecnología informática, la confidencialidad y seguridad de la información, para lo cual declaro:

1. Tengo claro que, para el ejercicio de las funciones u obligaciones durante la vigencia del nombramiento, vinculación o contratación, me será suministrada y/o se producirá información relacionada tanto con los datos personales de usuarios de la entidad como con datos institucionales de tipo técnico, administrativo, económico, jurídico, financiero y de cualquier otra naturaleza.
2. Que dicha información podrá estar contenida en cualquier medio físico o magnético, ya sea papel, CD o DVD, registro audiovisual, disco óptico, documento microfilmado, medio electrónico o digital, etc.
3. Que por tal motivo me será confiada dicha información y que la misma puede ser catalogada como privada, semiprivada o sensible de acuerdo a las definiciones establecidas por medio de las Leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 y sus Decretos Reglamentarios, los cuales conozco y manifiesto entender.
4. En virtud de lo anterior me comprometo a:
 - a. Guardar estricta reserva y secreto en relación con la información que me sea suministrada por LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.
 - b. Hacer el uso adecuado de la infraestructura y tecnología que me sea dispuesta para el manejo de la información.
 - c. Respetar y cumplir las disposiciones que me sean indicadas para la seguridad de la información.
 - d. Respetar y cumplir las restricciones de acceso que me sean definidas en los diferentes procesos de manejo de la información.
 - e. Informar a la Gerencia Nacional o Direcciones o jefaturas de división de la Sede respectiva de Unisalud, según sea el caso, cuando se sospeche o se tenga conocimiento de hechos que pongan en riesgo o vulneren la seguridad de la información, como por ejemplo pérdida, filtración, fuga o modificación de datos.
 - f. Conservar la información a la que tenga acceso bajo las condiciones de seguridad necesarias para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
 - g. Manejar la información únicamente en los términos en que me sean autorizados.
 - h. Velar por el respeto a las condiciones de seguridad y privacidad de la información de los usuarios de la entidad.
 - i. Atender y tramitar los requerimientos que la administración me efectúe para resolver consultas y reclamos formulados por usuarios con relación a sus datos.
 - j. Permitir el acceso a la información únicamente de las personas autorizadas para tal fin.
 - k. No publicar ni disponer la información puesta a mi conocimiento en internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva.
 - l. En caso de ser necesario adoptaré los mecanismos que me corresponda para garantizar que el acceso a la información bajo mi custodia sea técnicamente controlable para brindar un conocimiento restringido sólo a los usuarios o terceros autorizados para tal fin.

Macroproceso: Seguridad Social
Proceso: Seguridad Social en Salud
Título: Protocolo de Seguridad de la Información en Unisalud



- m. Entiendo que me es prohibido: vender, publicar, entregar a terceros, hacer uso indebido, no dar la protección adecuada y resguardar copias de la información suministrada por UNISALUD o producida en vigencia de mi nombramiento, vinculación o contratación.
 - n. Que, a la finalización del nombramiento, vinculación o contratación, devolveré a UNISALUD toda la información recibida, generada o gestionada durante la vigencia de mi nombramiento, vinculación o contratación.
5. Soy consciente que seré responsable de todos los daños y perjuicios que eventualmente se puedan generar en detrimento de LA UNIVERSIDAD y/o de terceros, que se deriven como consecuencia del incumplimiento doloso o culposo del presente compromiso y de las obligaciones que me asisten; y en consecuencia, me corresponderá resarcir plenamente los perjuicios que se llegaren a ocasionar, sin perjuicio de las demás acciones a que haya lugar.

Para constancia y en señal de aceptación, se firma el presente compromiso, en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ de 20____.

 Firma:
 Nombre:
 C.C. No.

Teléfono: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____

Elaboró:	Luis Felipe Ramírez Cabanzo	Revisó:	Equipos en sedes	Aprobó:	Comité de Calidad Unisalud
Cargo:	Asesor de planeación y sistemas de Información Unisalud	Cargo:	Equipos en sedes	Cargo:	Comité de Calidad Unisalud
Fecha:	Noviembre 2018	Fecha:	Noviembre – Diciembre 2018	Fecha:	Marzo 2019