

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD, CONFIDENCIALIDAD Y
ACTA DE COMPROMISO PARA EL USO DEL SISTEMA**

La Dirección Regional de Salud Junín (DIRESA Junín) es responsable del tratamiento de los datos personales recopilados a través del sistema <https://convenios2023.diresajunin.gob.pe>, conforme a la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, su Reglamento y normas vigentes del sector salud.

Finalidad:

Los datos personales del personal de salud serán utilizados exclusivamente para la creación y administración de usuarios, el registro y gestión de información institucional, y el seguimiento de actividades relacionadas con la prevención y control de la anemia, en el marco de las funciones de la DIRESA Junín.

Datos tratados:

Se podrán tratar: nombres y apellidos, DNI, cargo, establecimiento de salud, usuario y contraseña del sistema, firma de aceptación y otros datos estrictamente necesarios para el funcionamiento del sistema.

Compromisos del usuario:

El personal de salud se compromete a:

- Mantener la confidencialidad absoluta de su usuario y contraseña.
- No compartir ni ceder sus credenciales a terceros.
- Usar el sistema únicamente para fines laborales y legales.
- No divulgar ni utilizar indebidamente información confidencial o datos personales.
- Informar cualquier acceso no autorizado o incidente de seguridad.

Seguridad:

La DIRESA Junín adopta medidas técnicas y organizativas para proteger los datos personales y garantizar su confidencialidad y seguridad.

Sanciones:

El incumplimiento de la presente política dará lugar a:

- Suspensión o cancelación del acceso al sistema.
- Responsabilidad administrativa, conforme al régimen disciplinario aplicable.
- Responsabilidad civil y/o penal, según la gravedad del caso y la normativa vigente.

Derechos del titular:

El usuario puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) conforme a la Ley N.º 29733, mediante solicitud a la DIRESA Junín.

Aceptación:

El usuario declara haber leído y aceptado la presente Política de Privacidad y Acta de Compromiso, otorgando su consentimiento libre, previo, expreso e informado para el tratamiento de sus datos personales.

DATOS DEL USUARIO

Nombres y Apellidos: _____

DNI: _____

Cargo: _____

Establecimiento de Salud: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____