COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

**FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

| Naturaleza del proceso: | Apoyo | Código: | GCOF13 | Versión: | 03 |
|---|---|---|---|---|---|

Tipo de Persona: Persona Jurídica

Tipo de Acuerdo: Físico

Quien suscribe el presente, actuando en nombre y representación de la persona jurídica a la que represento, y en el marco del contrato celebrado con el Ministerio de Salud y Protección Social, convengo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN, de conformidad con el cual me comprometo a:

**1 CONFIDENCIALIDAD**

Proteger y mantener la confidencialidad de la información que, en ejecución del contrato o convenio suscrito, tenga acceso o conocimiento, Toda la información que pueda conocer, acceder, manejar o generar como contratista durante la vigencia del Contrato, será confidencial e intransferible, salvo que sea calificada como pública por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

**2 ALCANCE DE LA CONFIDENCIALIDAD**

2.1 Que la información confidencial sólo será utilizada con el propósito de cumplir con el servicio contratado, quedándome prohibido compartirla con terceros. No se considera información confidencial cuando la misma (i) deba ser divulgada por disposición legal, por orden judicial o autoridad administrativa, que de acuerdo con las disposiciones constitucionales y/o legales sea competente para solicitarla, lo hagan para el debido ejercicio de sus funciones. (ii) Información por mí conocida antes de la suscripción del respectivo contrato y/o convenio, sin que la misma estuviese sujeta a ninguna obligación de confidencialidad o reserva legal.

2.2 No usar indebidamente la información confidencial, en consecuencia, no la revelaré, publicaré o daré a conocer, total o parcialmente, a ninguna persona a parte de los servidores públicos del Ministerio de Salud y Protección Social, que específicamente necesiten conocerla para el cumplimiento de sus funciones.

2.3 Garantizar la aplicación de las medidas de seguridad que le sean exigidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como garantizar la protección y debido tratamiento de los datos personales y de la información confidencial para evitar divulgación, fuga, reproducción, almacenamiento o cualquier otro uso no autorizado.

2.4 Cumplir las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con las políticas de privacidad y protección de datos.

2.5 No emitir copias ni reproducir por medio alguno la información confidencial.

2.6 2.6. Mantener el carácter confidencial de la información aún después de terminado el contrato o convenio suscrito.

**3 PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Toda vez que podré tener acceso a datos de carácter personal adopto la posición jurídica de usuario dentro del proceso de administración de datos personales, por lo que debo garantizar los derechos fundamentales del titular de la información, previstos en la Constitución Política y en consecuencia me comprometo a lo siguiente, acorde con la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013 y la Sentencia de la Corte Constitucional C748 de 2011:

- Guardar reserva de la información que me sea suministrada y utilizarla únicamente para los fines que justificaron la entrega, esto es, aquellos relacionados con la competencia funcional específica que motivó la solicitud de suministro del dato personal.
- Informar a los titulares del dato el uso que le esté dando al mismo.
- Conservar con las debidas seguridades la información recibida para impedir su deterioro, pérdida, alternación, uso no autorizado o fraudulento. y
- Cumplir con las instrucciones que imparta la autoridad de control, en relación con el cumplimiento de la legislación estatutaria.

**4 PROPIEDAD INTELECTUAL**

Los archivos y las bases de datos que contienen la información confidencial son de conformidad con lo establecido en la normatividad vigente, exclusivamente de propiedad del Ministerio de Salud y Protección Social, por lo que reconozco por medio de este Compromiso, que no gozo de ningún derecho o licencia en relación con éstos y que la información allí contenida, se me revela únicamente para el cumplimiento de mis obligaciones contractuales. Del uso de la información confidencial que haga no se derivará derecho alguno de propiedad intelectual.

**5 RESTITUCIÓN Y/O DESTRUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Me comprometo a restituir y/o a destruir inmediatamente reciba comunicación escrita del Ministerio de Salud y Protección Social en ese sentido, toda la información recibida, así como las notas, análisis, memorandos, datos de computador o cualquier otro trabajo elaborado con base en la misma; así como a no mantener en mi poder algún tipo de copia de esa información.

**6 VIGENCIA**

Me comprometo a mantener la confidencialidad de forma indefinida, respecto de la información a que tuve acceso.

**7 VALOR PROBATORIO**

Reconozco valor probatorio al presente compromiso, el cual forma parte integral del contrato por mi suscrito en nombre y representación de la persona jurídica a la que represento con el Ministerio de Salud y Protección Social.

**8 VERIFICACIÓN DE LA CONFIDENCIALIDAD Y USO DE LA INFORMACIÓN**

Acepto que el Ministerio de Salud y Protección Social se reserva el derecho de verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del presente compromiso, con respecto al tratamiento de la información confidencial.

Ante el incumplimiento de estos compromisos, asumiré la responsabilidad penal y/o disciplinaria y/o fiscal y/o civil, a que hubiere lugar por todos los daños y perjuicios que se causen como consecuencia del incumplimiento de estos compromisos y de los manejos indebidos que se le dé a la información.

Para constancia, se firma el presente compromiso el día __ del mes __ del año ____

Firma Representante Legal:

Nombre del representante legal: Claudia Patricia Herrera Vallejo

Cédula Ciudadanía: 31.580.313

Contrato prestación de servicios: 1467-2023