La adecuada gestión de la información, el logro de los objetivos del Sistema Integrado de Gestión (SIG) y la relación con la comunidad metense y otras entidades, es fundamental para el desarrollo del objeto misional de la ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL. Para preservar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, se suscribe este compromiso:

Yo, Luisa Fernanda Dussan Cortes, identificado con el documento de identidad No (1006794990), con domicilio en la ciudad de Villavicencio, en adelante EL FUNCIONARIO, CONTRATISTA O TERCERO, me comprometo a cumplir cabalmente los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) de LA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL.

Y, declaro que:

Es mi responsabilidad conocer, apropiar, cumplir, aplicar y hacer respetar las políticas de seguridad de la información y las políticas de tratamiento de datos personales, publicadas en el centro de documentación de la página web www.meta.gov.co, así como informar al Jefe de la dependencia o supervisor, cualquier incidente que se presente con el uso y manipulación de la información donde se preste el servicio, o se haga el acuerdo, el cual reportará el incidente al correo electrónico mesadeayuda@meta.gov.co de la Secretaría de Tecnologías y Sistemas de Información.

Este compromiso permanecerá vigente mientras dure mi relación con la ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL.

Reconozco que toda la información verbal, física, magnética y/o digital, cuentas de usuario, contraseñas o claves de acceso, así como los demás activos de información a los que tenga acceso están sujetos a lo aquí acordado.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD:

- Me obligo de manera directa e irrevocable ante LA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL a no revelar, divulgar o facilitar, bajo cualquier forma, a ninguna persona natural o jurídica, sea ésta pública o privada, la información a la que tenga acceso, sin previa autorización.
- Me comprometo a guardar completa confidencialidad sobre la información a la que tenga acceso por mi condición laboral o actividades que desempeñe.
- Me comprometo a no extraer, consultar, copiar, borrar, ni eliminar información crítica y sensible a la que tenga acceso en perjuicio de LA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL.
- Me comprometo a no eliminar, copiar o utilizar información o material confidencial para mi propio beneficio o de terceros, durante y una vez finalizada mi relación con la ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL.

- Me comprometo a dar aviso previo a LA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL si una orden judicial o administrativa me obliga a divulgar información confidencial, para iniciar las acciones a que haya lugar.
- Devolveré todo material confidencial que se me haya asignado, al finalizar relación con la ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL
- Informaré a LA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL cualquier descubrimiento, invento o creación que haya hecho, y que corresponda a actividades propias desarrolladas con ocasión de la relación, de conformidad con lo establecido en el régimen jurídico vigente aplicable.

PAUTAS ESPECÍFICAS PARA EL PERSONAL DEL LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA DEL META:

- Mantendré en custodia todos los documentos e información recibida y generada dentro del ciclo de servicio del Laboratorio, desde su ingreso hasta la generación de los reportes de resultados de análisis y posterior a ello.
- Entregaré únicamente los resultados de los análisis directamente al cliente, o a la persona autorizada por éste, siempre y cuando tenga asignada esta responsabilidad.
- Evitaré brindar información telefónica acerca de los resultados de los análisis, excepto en casos explícitos autorizados por la Referente del Laboratorio. En todo caso, los resultados solo podrán informarse al cliente.
- Entregaré la información que me sea solicitada, previa autorización de la Referente del Laboratorio, notificando al cliente, a menos que no sea posible la notificación según la Ley o la solicitud de la autoridad, solamente si el laboratorio es requerido por Ley o por requerimiento formal de autoridad del Estado colombiano, para revelar información confidencial de clientes o resultados de análisis.
- Mantendré inalterados los documentos y registros que me sean entregados, emplee o genere dentro del desarrollo de mis funciones o actividades.

ME COMPROMETO CON LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, toda vez que:

- Comprendo que LA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL ha establecido las políticas de seguridad de la información, publicadas y disponibles, bajo el nombre M-TIC-01 "Manual de Políticas de Seguridad de la información", y que es mi deber conocer y aplicar su última versión, así como los manuales, procedimientos, instructivos y formatos que hacen parte del SGSI y el SIG.
- Debo conocer y aplicar las políticas y procedimientos para la gestión de riesgos de seguridad de la información, establecidas por LA ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTAL.

- Conozco mis deberes y derechos con respecto a la seguridad de la información.
- Entiendo que el incumplimiento de esta declaración de confidencialidad y compromiso con la seguridad de la información, ya sea en forma intencional, negligente o con violación al deber objetivo de cuidado, puede generar acciones de tipo penal, disciplinario, administrativo y/o fiscal, en aras de buscar el resarcimiento de los daños y perjuicios, si se llegasen a presentar.
- Realizo la capacitación en el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información -SGSI en la Plataforma de la Universidad Corporativa de la Gobernación del Meta - UC META. **(Aplica para Prestaciones de Servicios y de Apoyo a la Gestión-Persona Natural).**

Suscribo este compromiso en Villavicencio, a los 06 OCT 2026

Firma:	x	**Notas:** 1). Escriba los datos correspondientes con letra manuscrita sobre las líneas. 2). No se permiten tachones y/o enmendaduras 3). No elimine campos ni información, datos que no aplican identificarlos como N/A 5). Los campos entre paréntesis (_) son para números. 4). Verificar la vigencia del documento en el listado maestro de documentos.
Nombre:	x Luisa Fernanda Dussan	
Identificación:	x 1006794990.	
Empresa:	Gobernación del Meta.	
Cargo:	Contratista.	
EL FUNCIONARIO, CONTRATISTA O TERCERO,		