



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS
DE SALUD

CARTA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, NO DIVULGACIÓN, RESERVA Y RESGUARDO DE INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES

El (la) suscrito(a), _____; con domicilio en _____ identificándome en este acto con credencial de elector con fotografía vigente, con clave de elector _____ y folio identificador anverso número _____, expedida a mi favor por el Instituto _____ Electoral, en la cual consta mi fotografía y firma, la cual coincide con la estampada de puño y letra en el presente documento legal; en mi carácter de _____

_____; en este acto acepto y me responsabilizo del resguardo, reserva, custodia y protección de la seguridad y confidencialidad de la información, datos personales y de todo tipo de documentos propiedad del organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud de Morelos, en lo consecutivo **SSM**, y/o de la información que tenga conocimiento, con motivo del _____, encomienda, integración de comité o subcomité, comisión o del cualquier otro órgano colegiado que sesiones a fin de deliberar sobre procesos internos y/o dictaminar proyectos e iniciativas institucionales, así como para la toma de decisiones relativas a actividades académicas, de investigación, extensión y vinculación al interior de la unidades de **SSM**. Lo anterior con fundamento en los artículos 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, y 14, así como de los principios y deberes establecidos de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados del Estado de Morelos y demás relativos y aplicables.

Por lo anterior, el presente compromiso me responsabiliza respecto del manejo y uso de la información que me sea proporcionada por **SSM**, ya sea ésta de forma oral, escrita, impresa, sonora, visual, electrónica, informática, magnética, holográfica u por cualquier medio de telecomunicación, contenida en cualquier tipo de documento, que pueda consistir de manera enunciativa y no limitativa en expedientes, reportes, listas de correos electrónicos, planes de trabajo, cronogramas, listas de calificaciones, listas de números telefónicos de contacto, listas de asistencias con firmas, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, anexos de ejecución, anexos técnicos, instructivos, notas, minutas, memorandos, estadísticas, o bien, cualquier otro registro que sea documentado y allegado a mi persona en relación al ejercicio de las facultades, funciones y competencias de _____

de **SSM**, sus servidores públicos y/o prestadores de servicios, sin importar fuente o fecha de elaboración. Lo anterior con fundamento en lo establecido en los artículos 51 y 57 demás concordantes de la Ley de Responsabilidades Administrativas para el Estado de Morelos, así como demás normatividad aplicable.

Así mismo, la información que me sea proporcionada podrá ser considerada, según el caso, como reservada, privilegiada y confidencial, en los términos de las leyes de la materia aplicables, por lo que me obligo a





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS
DE SALUD

protegerla, reservarla, resguardarla y no divulgarla, salvo que sea requerida por orden judicial expresa, utilizando única y exclusivamente para llevar a cabo y cumplir con las actividades y obligaciones que expresamente me sean conferidas por **SSM**.

Por lo expuesto, manifiesto y acepto que es mi responsabilidad no reproducir, hacer pública o divulgar a terceros la información objeto de la presente carta, y de cumplir con las medidas de seguridad adecuadas al tipo de documento que con el se trabaje. Lo anterior, de conformidad con los artículos 24 y 27 fracciones I, II inciso C y II de la Ley Federal del Derecho de Autor, así como demás normatividad aplicable.

Finalmente, acepto y me obligo a devolver cualquier documentación, antecedentes, facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente instrumento legal, en el supuesto de que cese la relación o prestación del servicio con SSM, por cualquier motivo. Dicha obligación extiende su vigencia hasta en un plazo de 5 años después de finalizada dicha relación.

Enterado(a) del contenido y alcance legal del presente acuerdo de confidencialidad contenido en este documento, lo ratifico para su legitimación firmándolo al margen y calce de las hojas que lo integran sin que medie error, dolo, mala fe, coacción y/o cualquier tipo de violencia en contra de mi persona en dos tantos en _____ a los _____ del mes _____ del año _____.

Atentamente

(NOMBRE(S) Y APELLIDOS (S))

(PUESTO Y/O CARGO)

