

ACTA DE COMPROMISO PARA EL USO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS Y LA PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Código: F-SI-001

Versión: 1.0

Proceso: Gestión de Tecnologías de la Información

ACTA DE COMPROMISO PARA EL USO DE LOS RECURSOS TECNOLÓGICOS Y LA PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

DATOS DEL FUNCIONARIO

Nombre completo: _____

Documento de identidad: _____

Cargo / Contrato: _____

Dependencia: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

COMPROMISO

Yo, identificado(a) con los datos anteriormente registrados, manifiesto que conozco la Política de Seguridad y Privacidad de la Información de la E.S.E. BelloSalud y me comprometo a cumplir los lineamientos establecidos para el adecuado uso de los recursos tecnológicos y la protección de la información institucional.

En consecuencia, me comprometo a:

☐ Utilizar los equipos, sistemas de información, aplicaciones, redes y servicios tecnológicos exclusivamente para el cumplimiento de mis funciones o actividades contractuales.

☐ Proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información institucional a la que tenga acceso.

☐ Mantener la reserva sobre la información confidencial, sensible o de uso interno conocida durante el desarrollo de mis funciones, incluso después de finalizar mi vinculación con la entidad.

☐ Custodiar adecuadamente mi usuario y contraseña, evitando compartirlos con terceros o permitir su utilización por personas no autorizadas.

☐ Reportar oportunamente al Área de Sistemas cualquier incidente de seguridad de la información, pérdida de equipos, accesos no autorizados, sospecha de malware, suplantación de identidad u otras situaciones que puedan afectar los activos de información de la entidad.



- ☐ No instalar software, aplicaciones o programas no autorizados en los equipos institucionales.
- ☐ Hacer uso responsable del correo electrónico institucional, internet y demás recursos tecnológicos suministrados por la E.S.E. BelloSalud.
- ☐ Proteger los equipos, dispositivos y demás recursos tecnológicos asignados para el desarrollo de mis funciones.
- ☐ Cumplir las políticas, procedimientos y lineamientos relacionados con la Seguridad y Privacidad de la Información adoptados por la E.S.E. BelloSalud.
- ☐ Participar en las actividades de capacitación, sensibilización y actualización que programe la entidad en materia de seguridad de la información.

DECLARACIÓN

Declaro que la información institucional a la cual tenga acceso será utilizada únicamente para el desarrollo de las funciones propias de mi cargo o contrato y que conozco que el incumplimiento de estos compromisos podrá dar lugar a las acciones administrativas, disciplinarias, contractuales o legales a que haya lugar, de conformidad con la normatividad vigente y los reglamentos internos de la E.S.E. BelloSalud.

FIRMAS

Servidor público / Contratista

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Área de Sistemas

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXOS (Opcional)

El funcionario o contratista declara haber recibido o tener acceso a los siguientes documentos institucionales:

- ☐ Política de Seguridad y Privacidad de la Información.
- ☐ Política de Control de Accesos.



- ☐ Política de Gestión de Contraseñas.
- ☐ Política de Uso de Recursos Tecnológicos.
- ☐ Manual del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI).

