



GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

FORMATO COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN

Yo: _____, de nacionalidad _____ identificado(a) con CC ___ CE ___ No. _____ expedida en la ciudad de _____, suscribo el presente **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**, en relación con la información clasificada o reservada que sea puesta a mi disposición por **HEALTH & LIFE IPS SAS** identificada con **NIT. 900900122-7**, en el marco de la vinculación mediante resolución # _____ de _____, manteniendo su confidencialidad, disponibilidad e integridad.

Como consecuencia a lo anterior, manifiesto que me comprometo a:

1. Dar aplicación a la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, el capítulo 25 del título 2 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1074 de 2015, así como de la Política de Tratamiento de Datos Personales y la Política de Seguridad de la Información del por **HEALTH & LIFE IPS S.A.S**, políticas que se encuentran publicadas en la página web www.healthlifeips.com.
2. No usar la información suministrada para fines distintos al cumplimiento de mis funciones, así como no utilizarla de forma alguna que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares o terceros de la información.
3. No revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, recolectar, almacenar, o replicar la información dada a conocer por **HEALTH & LIFE IPS S.A.S**, aún después de finalizada mi vinculación.
4. No publicar ni disponer de la información puesta en mi conocimiento en sitios como Internet u otros medios de divulgación o comunicación masiva, conservando la información a la que tenga acceso bajo las políticas establecidas por **HEALTH & LIFE IPS S.A.S** y las condiciones de seguridad necesarias, disponiendo de las medidas técnicas, humanas y administrativas que sean necesarias para otorgar seguridad e impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.
5. Utilizar solo los repositorios de información dispuestos por **HEALTH & LIFE IPS S.A.S**.
6. Utilizar la información únicamente en los términos autorizados y devolver toda información de inmediato a la persona designada por **HEALTH & LIFE IPS S.A.S** una vez se produzca una situación administrativa de separación temporal, permanentemente del cargo, o cambio de funciones; absteniéndome de mantener copia parcial o total de la información obtenida o generada con ocasión del desarrollo de las funciones del cargo desempeñado.
7. Garantizar la seguridad de la información que se pone en mi conocimiento, ejerciendo sobre ella diligencia y haciendo uso de las medidas y medios técnicos de cuidado que ponga a disposición el Instituto, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en la Política de Seguridad de la Información de **HEALTH & LIFE IPS S.A.S**.

El no cumplimiento de los anteriores compromisos podría dar lugar a acciones civiles, disciplinarias, e incluso penales por parte de **HEALTH & LIFE IPS S.A.S** o de los titulares a quienes se les afecte en sus derechos.

Se suscribe en la ciudad de _____, el día _____ (____) de _____ de 2020.

Firma _____
Nombre _____
Cédula _____