





ANEXO II

Declaración Jurada - Convenio de Confidencialidad usuarios de Historia de Salud Integrada (HSI)

Buenos Aires, 23 de 0 1 del 20 25

El/la que suscribe, Baciga LAPE MANA Abigail. quién se desempeña en (apellido y nombre del agente)

Por lo antes expuesto asumo las siguientes responsabilidades:

- Guardar la máxima reserva y secreto sobre la información personal a la que acceda en virtud de las funciones encomendadas.
- Utilizar los datos de carácter personal a los que tenga acceso, única y exclusivamente para cumplir con mis obligaciones.
- No ceder a terceros las claves personales de acceso al sistema.
- No ceder en ningún caso a terceras personas los datos de carácter personal a los que tenga acceso, ni siquiera a efectos de su conservación.
- Solicitar la baja de mi usuario al Administrador institucional del establecimiento, cuando se descontinúan las funciones asignadas dentro del establecimiento.











Por la naturaleza de las leyes involucradas, dichos compromisos subsistirán inclusive tras la baja de usuarios que pudiera existir, extendiéndose a no conservar en mi poder copia alguna de los datos a los que hubiere accedido en función de mis tareas.

En este sentido, asumo en forma personal y exclusiva la responsabilidad por los daños que el incumplimiento del presente pudiera ocasionar.

Firma del agente:

Aclaración: Baasalulta MArun Abigail

N° de documento: 37703543

№ de matrícula: 17 7175

Teléfono de contacto: 2216755340

E-mail: Marta bougabilt 5 Oghal.com

Firma y Aclaración del Administrador Institucional

Longe Christin

MINISTERIO DE SALUO STATO BUENOS AIRES