

## COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y USO RESTRINGIDO DE LA INFORMACIÓN

Yo \_\_\_\_\_, identificado(a) con la Cedula de Ciudadanía N°. \_\_\_\_\_, conecedor(a) de las normas colombianas, de las políticas del Ministerio de Salud y Protección Social, relativas a la confidencialidad y uso restringido de la información, que debe acompañar el proceso de construcción del Procedimiento Técnico-Científico de Exclusiones conforme a la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), me comprometo a:

- Mantener en reserva la información y documentación que reciba de la Dirección de Regulación de Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, relativa al Procedimiento Técnico-Científico de Exclusiones.
- No divulgar a ninguna persona que no esté oficialmente involucrada en este proceso la información que fue divulgada en los diferentes espacios establecidos por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
- Mantener en reserva y no divulgar, ni utilizar, en provecho propio o de terceros y para fines distintos a los previstos en el proceso de la construcción del Procedimiento Técnico-Científico de Exclusiones, la información técnica que sea directamente entregada por esta Dirección.

Se firma en Bogotá a los \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_ de 2016.

**Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Cédula:** \_\_\_\_\_

**Nota:** La trasgresión a la presente obligación de confidencialidad, dará lugar a las acciones disciplinarias y/o judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar.