



## MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS



**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD  
PARA PERSONAL EXTERNO QUE  
PARTICIPA EN PROYECTOS DE  
INVESTIGACIÓN EN LA CLÍNICA UROS  
S.A.S**

**Código:** DI-DC-FO-014

**Fecha:** 02-05-2023

**Versión:** 00

**Página:** 1 de 1

**Fecha:**

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con documento de identidad número \_\_\_\_\_ como personal externo a la Clínica UROS, autor o invitado a participar en el proyecto de investigación titulado: \_\_\_\_\_, entiendo que tendré acceso a información confidencial relacionada con la investigación, incluidos, entre otros, historias clínicas, datos de pacientes, protocolos experimentales y resultados de investigación. Entiendo que esta información es confidencial y debe ser tratada como tal.

Por lo tanto, acepto los siguientes términos de confidencialidad:

1. Solo accederé y usaré información confidencial según sea necesario para mi participación en los estudios clínicos que han sido aprobados.
2. No divulgaré ninguna información confidencial a ninguna persona no autorizada, incluidos, entre otros, colegas, familiares o amigos.
3. Tomaré todas las medidas necesarias para proteger la confidencialidad de la información, lo que incluye, entre otros, mantener seguros y confidenciales todos los documentos que contengan información confidencial.
4. Notificaré de inmediato a las autoridades correspondientes si se sospecha o se produce una violación de la confidencialidad, incluido, entre otros, el acceso no autorizado a información confidencial.
5. Entiendo que una violación de la confidencialidad puede dar lugar a acciones legales en mi contra.
6. No divulgaré información relativa a procedimientos operativos estandarizados de la institución ni nada de lo que por cumplimiento de las funciones en el proyecto conozciera.

Acepto cumplir con estos términos de confidencialidad. Entiendo que mi obligación de mantener la confidencialidad continuará incluso después de que haya terminado mi participación en los estudios.

---

**Nombre y Firma:**

**¡Servimos con el Alma!**

Carrera 6 No. 16 – 35 Quirinal PBX: (+57) 872 54 00 Call center: (+57) 863 33 88

Correo Institucional: [servicioalcliente@clinicauros.com](mailto:servicioalcliente@clinicauros.com)

Facebook: Clínica Uros SA Neiva Instagram: @clinicauros

[www.clinicauros.com](http://www.clinicauros.com)

Neiva - Huila