



**JUNTA DE BENEFICENCIA
DE GUAYAQUIL**

Febrero 8 del 2021

OFC-AME-DOF-002-2021

Señora Doctora
IRINA ALMEIDA MARIÑO
DIRECTOR EJECUTIVO
CONSEJO NACIONAL DE SALUD
Quito

De mis consideraciones:

Me permito hacerle llegar **LA DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERES** que me fuera remitida para ser llenada y rubricada como corresponde.

Habiendo dado cumplimiento a lo solicitado, me suscribo de usted reiterándole mis sentimientos de especial consideración y aprecio.

Atentamente,

DR. LUIS E. SARRAZIN DÁVILA
Delegado de la
Junta de Beneficencia de Guayaquil

CAPÍTULO V: ANEXOS

1.1. ANEXO 01: DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS.

Señora Doctora
IRINA ALMEIDA MARIÑO
Director(a) Ejecutivo(a)
CONSEJO NACIONAL DE SALUD
Presente.

Para prevenir y transparentar el conflicto de interés, los delegados principal y alterno de las entidades del Sistema Nacional de Salud que conforman la CONAMEI para poder ser parte de la toma de decisiones y demás actividades pertinentes para la elaboración de la Lista de Medicamentos Esenciales del CNMB deberán:

1. Prestar juramento por escrito ante la Dirección Ejecutiva del CONASA de o tener conflicto de interés en los últimos 5 años con las empresas que fabriquen o comercialicen medicamentos o dispositivos médicos. El CONASA transparentará los conflictos de interés los miembros de la CONAMEI y de sus funcionarios.
2. Reportar a la Dirección Ejecutiva del CONASA los beneficios recibidos por parte de las empresas o industrias farmacéuticas, de ser pertinente, en el reporte deberá constar el nombre de empresa o industria farmacéutica, el tiempo en cual tuvo relación y el beneficio obtenido.
3. Excusarse del proceso de toma de decisiones sobre el o los medicamentos con el que mantiene un conflicto de interés real o potencial.
4. En caso de existir conflicto de interés y no haberlo declarado o informado después de que se haya requerido por la Dirección Ejecutiva del CONASA, se seguirán los mecanismos que sean necesarios para investigar y sancionar a las personas, entidades o empresas que hayan incurrido en dicho conflicto.
5. Cuando sea necesaria la participación de invitados, representantes de asociaciones de pacientes o gremios profesionales, antes de iniciar su intervención deberán manifestar verbalmente sus conflictos de interés reales o potenciales.

Tomando en consideración lo antes mencionado, procedo a elaborar la siguiente declaración de conflicto de interés, misma que estará vigente hasta que la Autoridad Sanitaria Nacional emita el reglamento correspondiente de acuerdo a lo establecido en la Sentencia Nro. 679-18-JP/20 y acumulados emitida por la Corte Constitucional del Ecuador.



DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

En el transcurso de los últimos 5 años:

1. ¿Usted, su esposa(o), pareja, hijos, padres, hermanos(as), trabajan o tienen acciones en una de las empresas o industrias farmacéuticas que producen, distribuyen o comercializan medicamentos, dispositivos médicos o alimentos?
SI () NO (X)

Si la respuesta es "sí" indicar el nombre de la empresa o industria:

2. ¿Usted o alguien de su familia tiene una relación económica directa, indirecta o de otro tipo con cualquier fabricante, distribuidor o proveedor de productos farmacéuticos que pueda constituir un conflicto de interés, ya sea real, potencial o aparente?
SI () NO (X)

Si la respuesta es "sí" indicar el tipo de conflicto:

3. ¿He sido contratado en calidad de consultor/a, asesor/a técnico, experto/a, conferencista (speaker) u otra posición similar y he recibido una remuneración económica, como el pago de un viaje o de viáticos por mis servicios por parte de una o más compañías relacionadas con productos farmacéuticos, dispositivos médicos o alimentos?
SI () NO (X)
4. ¿He recibido un aporte financiero para investigación (grant) o actividades de formación/educación por parte de una o más compañías relacionadas con medicamentos, dispositivos médicos o alimentos?
SI () NO (X)

Si usted ha contestado "SI" en alguna de las preguntas anteriores, indique a continuación el nombre de la compañía/s o producto/s con los que usted considera existe un potencial conflicto de interés o si existe alguna otra circunstancia que pueda afectar, a su objetividad o independencia en el desempeño de este equipo de trabajo.

Nombre de la empresa	N/A		
Nombre del producto(s)	N/A		
Desde	N/A	Hasta	N/A
Tipo de beneficio recibido	N/A		



El delegado que mantenga un conflicto de interés, con una o varias empresas, o con uno o varios medicamentos, no deberá ser parte del procedimiento de evaluación para inclusión, exclusión o modificación de dichos medicamentos en el CNMB.

Con este antecedente, declaro que la información brindada es correcta y que no existe ninguna otra situación de conflicto de interés real, potencial o aparente, me comprometo a informar de cualquier cambio en estas circunstancias durante el desarrollo del trabajo para el cual fui delegado/a, así también, conocer la implicación de faltar a la verdad y acepto someterme a la justicia regular en caso de que fuese requerido.

Dado en el D.M. Quito a los 02 días del mes de Febrero de 2021

Para constancia de lo actuado, firma:



Representante/Delegado de: JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

Nombre: DR. LUIS ENRIQUE SARRAZIN DÁVILA

C.C.: 0903808525

