

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			
Nombre del producto(s)			
Desde		Hasta	
Tipo de beneficio recibido			



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 24 días del mes de enero de 2021

Para constancia de lo actuado, firma:



Representante/Delegado de:

Nombre:

C.C.: 0907671861



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Señora Doctora
Irna Almeida Mariño
Directora Ejecutiva
CONSEJO NACIONAL DE SALUD
Presente. –

Yo, Hilberth Fina Almeida Mariño con C.C. 090467186 miembro o invitado especial de la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos - CONAMEI, me comprometo libre y voluntariamente a *“ser prudente en el uso y protección de la información sensible adquirida en el transcurso del trabajo; y, a no utilizar la información adquirida para lucro personal o en detrimento de los objetivos legítimos y éticos del Consejo Nacional de Salud y de la CONAMEI”*.

Comprendo que la información a la que tengo acceso es confidencial y no puedo divulgarla, por lo que entiendo y acepto las siguientes obligaciones:

1. No revelar, divulgar o facilitar bajo cualquier forma a persona alguna sea natural o jurídica, pública o privada, o de cualquier otra naturaleza, y a no utilizar para mi propio beneficio o para beneficio de un tercero, toda la información generada durante la actualización del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos – CNMB y su Registro Terapéutico, así como la que pertenezca al Consejo Nacional de Salud - CONASA y la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos – CONAMEI.
2. No reproducir, modificar, hacer pública, divulgar o utilizar de cualquier forma conocida o por conocerse a terceros o para su propio beneficio o para beneficio de cualquier otra persona natural o jurídica, la información objeto del presente Acuerdo sin previa autorización escrita y expresa del CONASA y la CONAMEI.
3. En caso de que la información resulte revelada, divulgada o utilizada de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, seré sancionado de acuerdo a las leyes vigentes para el efecto.
4. Queda expresamente convenido que todo incumplimiento total y/o parcial con relación a las obligaciones de confidencialidad asumidas por el presente, facultará al Consejo Nacional de Salud para accionar por los daños y perjuicios efectivamente ocasionados, así como para constituirse en parte demandante de una denuncia penal o acciones civiles y administrativas correspondientes.

Por lo tanto, me comprometo a cumplir con todos los términos fijados en el presente acuerdo.



Dado en el D.M. Quito a los 27^o días del mes de enero de 2021

Para constancia de lo actuado, firma:


Representante/Delegado de:
Nombre:
C.C.:

