

Yo, Rafael Herluf Palma Corrales, portador de la cédula de ciudadanía No. 0501620934 presento la siguiente declaración de conflicto de intereses:

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 )

5. 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.

<b>Nombre de la empresa</b>			
<b>Nombre del producto(s)</b>			
<b>Desde</b>		<b>Hasta</b>	
<b>Tipo de beneficio recibido</b>			

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.

Quito D.M, 31 de agosto de 2021

Firmo para constancia.

Ing. Rafael Herluf Palma Corrales  
cc. 0501620934

ANALISTA INFORMÁTICO CONSEJO NACIONAL DE SALUD



## Consejo Nacional de Salud

Dirección: Av. Quitumbe Ñan y Av. Amaru Ñan.  
Plataforma Gubernamental de Desarrollo Social  
Código postal: 170702 / Quito-Ecuador  
Teléfono: +593-2 383 4015  
[www.conasa.gob.ec](http://www.conasa.gob.ec)

