



**PROYECTO PARTICIPACIÓN CIUDADANA
DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Nombre y Apellidos del Declarante			
Identificación	C.C.	C.E.	
Calidad en que actúa dentro del proceso de Participación Ciudadana			
Líder social reconocido	Representante de persona jurídica (asociación, fundación, etc.)		
Persona jurídica representada:			
Tipo de Identificación Persona Jurídica:	Nit.	Personería:	Resolución:
Cuál:	Indique el Número de Identificación:		

Declaro bajo la gravedad de juramento, tener potencial conflicto de interés entre mis actuaciones dentro del proceso de Participación Ciudadana adelantado por la CRES en la actualización del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, establecido mediante el Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud, en sus aspectos generales y los contenidos de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y Subsidiado.

Descripción del potencial conflicto de interés (señale con X)

Causal	SI	NO
Recibo remuneración directa o patrocinio de productoras o comercializadoras mayoristas de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro y/o otros productos de salud. Indique el nombre de la (s) firma (s) de la (s) que recibe remuneración o patrocinio: _____		
Tengo vínculo laboral, contractual o comercial, directamente o a través de terceros con productoras o comercializadoras mayoristas de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro y/o otros productos de salud.		
Tengo parentesco (hasta tercer grado de consanguinidad), vínculo primero civil (esposo (a) o compañero (a) permanente) o de afinidad (pariente hasta segundo grado de consanguinidad, de mi cónyuge o compañero (a) permanente) con algún funcionario de la CRES.		
Tengo parentesco (hasta tercer grado de consanguinidad), vínculo primero civil (esposo (a) o compañero (a) permanente) o de afinidad (pariente hasta segundo grado de consanguinidad, de mi cónyuge o compañero (a) permanente) con persona que desempeña cargo directivo o es socia de una productora o comercializadora mayorista de medicamentos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro y/o otros productos de salud.		
Tengo parentesco (hasta tercer grado de consanguinidad), vínculo primero civil (esposo (a) o compañero (a) permanente) o de afinidad (pariente hasta segundo grado de consanguinidad, de mi cónyuge o compañero (a) permanente) con representantes legales, miembros de Junta Directiva, accionistas o propietarios de entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicios públicas o privadas y/o entidades obligadas a compensar.		
Tengo vínculo laboral, legal, reglamentario, contractual o comercial, directamente o a través de terceros con EPS o IPS públicas o privadas y/o con Entidades Obligadas a Compensar.		

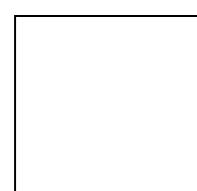
¿Existe o alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o independencia para ejercer la participación ciudadana? SI ___ NO ___ Cuál (es) _____

Si existe conflicto de interés, esta declaración implica impedimento para ejercer participación ciudadana emitiendo opinión sobre medicamentos, insumos, dispositivos médicos y en general productos que puedan beneficiar a la persona natural o jurídica relacionada con el conflicto de interés manifestado.

El conflicto de interés solo se predica respecto del motivo de la manifestación expresa; en los demás aspectos, la participación puede ejercerse plenamente.

Atentamente,

Firma



Huella