



Formulario de Declaración de Conflicto de Interés

Utilice el recuadro A o B según se ajuste a su caso. En situación de incertidumbre, llene el recuadro B para que el comité responsable le oriente a la brevedad posible sobre su caso.

A. Declaración de NO Conflicto de Interés

Yo, _____ declaro no poseer ninguna relación con una empresa que pueda poner en duda un conflicto entre mi interés personal o el de un familiar y el del Instituto Nacional de Salud Pública.

Cargo: _____

Firmado en: _____

Con fecha: _____

Firma: _____

B. Declaración de Conflicto de Interés

Yo, _____ declaro que tengo los siguientes intereses con una empresa:

y que pueden ponerme en una situación de conflicto entre mi interés personal o el de uno de mis familiares y el del Instituto Nacional de Salud Pública.

Nombre de la
empresa: _____

Clase de servicio
y/o producto*: _____

Cargo: _____

Firmado en: _____

Con fecha: _____

Firma: _____

Teléfono: _____

Correo
electrónico: _____

* Se refiere al giro de la empresa el/los productos que vende o el/los servicios que proporciona

Responsable del Comité:

Nombre: _____

Fecha: _____