

**PROCESO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY ESTATUTARIA DE SALUD – LEY 1751 DE 2015.**

**DECLARACIÓN DE POSIBLES CONFLICTOS DE INTERESES.**

Se considera conflicto de intereses a aquella influencia que pueda llegar a generarse en una persona por consideraciones personales, económicas, profesionales, políticas o económicas y ésta se puede ver evidenciada en la toma de decisiones.

<b>TIPOS DE CONFLICTO DE INTERESES</b>			
<b>Financiero</b>	<b>Intelectual</b>	<b>Autoría</b>	<b>Familiar</b>
Cuando existiere relación directa (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirecta (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado(a) a participar.	Cuando se tiene un interés intelectual, académico o científico en un tema en particular. La existencia de éste conflicto podría afectar la calidad y objetividad del proceso al cual se me convocó.	Cuando existiere conflicto por ser el titular de los derechos de propiedad intelectual o industrial que esté directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar en el proceso de al cual se convocó.	Cuando alguno de los familiares, hasta el tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad, están relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financiero o intelectual, con las actividades y temáticas a desarrollar.

Teniendo en cuenta lo establecido anteriormente, es necesario que todos y cada uno de los participantes de los procesos de participación ciudadana declaren la existencia de esos posibles conflicto de intereses que puedan ser materia de cambio de su rol activo dentro de los espacios diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según la materia de discusión.

**En consecuencia se procede a hacer la siguiente declaración:**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_, declaro que he leído y comprendo el objetivo de la declaración de conflicto de intereses como requisito de mi participación en el proceso de participación ciudadana establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicional a ello declaro que los siguientes son los posibles conflictos personales, familiares, económicos o intelectuales que en mí surgen como participante del proceso de participación ciudadana convocado por el Ministerio de Salud y Protección social, así:

---



---



---



---



---

La anterior declaración se entiende efectuada bajo la gravedad del juramento, que se entiende prestada con la firma del presente documento.

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**No. De Registro.** \_\_\_\_\_ **Escenario de participación:** \_\_\_\_\_