

<p>Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES PARA PROFESIONALES ACREDITADOS EN LOS PROGRAMAS DE TRASPLANTE	FECHA: 31-08-2023
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-569
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 1

.....
(CIUDAD)

.....
(DD/MM/AAAA)

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES,
PROFESIONALES**

Yo,.....

(NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS)

con CC:....., en mi calidad de

.....

PROFESIÓN

de la Institución

.....en el

(NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

.....,

(PROGRAMA DE TRASPLANTE / SERVICIO)

De conformidad con lo determinado en el artículo 82 de la Constitución de la República del Ecuador, el derecho a la seguridad jurídica se fundamenta en el respeto a la Constitución y en la existencia de normas jurídicas previas, claras, públicas y aplicadas por las autoridades competentes.

Para el efecto, el artículo 226 de la Norma Primera, prevé que las instituciones del Estado, sus organismos, dependencias las servidoras o servidores públicos y las personas que actúen en virtud de una potestad estatal ejercerán solamente las competencias y facultades que les sean atribuidas en la Constitución y la ley.

Declaro que:

- No tengo ninguna situación de conflicto de interés real, presente o potencial, incluyendo ningún interés personal o financiero o de otro tipo en, y/u otra relación con el establecimiento solicitante, ni en el resultado de este proceso / programa.
- Manifiesto que estoy libre de conflicto en respuesta a las necesidades de pacientes y que las decisiones a tomarse estarán basadas en los principios de justicia equitativa, proporcionalidad terapéutica y otros conexos, con preeminencia de aquellos más vulnerables.
- Mantendré estricta confidencialidad de la información resultante de las actividades realizadas y solamente la discutiré con los demás miembros del programa, con fines colaborativos en beneficio de los pacientes.
- Tal información será considerada como confidencial y deberé manejarla con total privacidad.

- No difundiré información falsa o dudosa que pueda comprometer el buen desempeño de mis actividades y las de otros profesionales.
- En todo momento me conduciré con total imparcialidad y objetividad en la emisión de juicios y criterios técnicos sobre los resultados obtenidos durante el proceso para el cual me encuentro acreditado/a.

Firma:

Nombre.....

CC.....

Sello