### ANEXO N° 2: DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES.

Mediante la presente Declaración, el profesional que la suscribe asume la responsabilidad por cualquier omisión, dato inexacto o no veraz relacionados con la información que en ella se consigna.

En caso existan o se presenten conflictos de intereses en el desarrollo de sus funciones, sin notificar de tal situación, ESSALUD adoptará las acciones administrativas y legales que correspondan.

La responsabilidad a que hubiese lugar, conlleva a la imposición de sanciones administrativas, en concordancia con lo establecido en la Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 033-2005-PCM; el Código de Ética de ESSALUD; el Reglamento Interno de Trabajo de ESSALUD; la Ley N° 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 019-2002-PCM; la Ley N° 30057 Ley del Servicio Civil y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 040-2014-PCM; así como al inicio de acciones civiles o penales, que se pudiesen derivar de la inexactitud, omisión o no veracidad a que se refiere el párrafo anterior.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCION 1. INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre y Apellidos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Institución(es) donde trabaja, incluye ESSALUD:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCION 2: ACTIVIDADES REMUNERADAS O FINANCIADAS POR INSTITUCIONES PRIVADAS EN LOS ÚLTIMOS VEINTICUATRO (24) MESES**

Mencione en la siguiente tabla si usted tiene algún tipo de relación financiera y/o laboral con alguna institución/empresa o ha recibido financiación por cualquier actividad en el ámbito profesional, académico o científico dentro del área de la salud u otra que esté directamente o indirectamente relacionada al fomento, producción o comercialización del producto farmacéutico que propone sea utilizado en el paciente.

Complete el siguiente cuadro poniendo “No” o rellenando con una X si usted, sus familiares o su institución han recibido pagos o cualquier tipo de financiamiento por alguno de los conceptos listados. De ser uno de estos conceptos afirmativo, mencionar el nombre de la entidad o empresa y, si es que lo considera pertinente, formular comentarios (Familiar hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Relación con institución/empresa que produce o comercializa el producto farmacéutico propuesto para uso fuera del petitorio** | **No** | **Sí, a Usted** | **Sí, a su institución** | **Sí, algún familiar\***  **(especificar)** | **Institución(es) Financiadora(s)** | **Comentarios** |
| Consultor |  |  |  |  |  |  |
| Empleado / trabajador de planta |  |  |  |  |  |  |
| Asesoría como experto |  |  |  |  |  |  |
| Pago por charlas de cualquier tipo, incluido el servicio de portavoz |  |  |  |  |  |  |
| Pago por preparación de manuscrito |  |  |  |  |  |  |
| Patentes |  |  |  |  |  |  |
| Derechos de autor |  |  |  |  |  |  |
| Pago por desarrollo de presentaciones educacionales de cualquier tipo |  |  |  |  |  |  |
| Viajes, alojamientos o gastos en reuniones de actividades que no están listadas |  |  |  |  |  |  |
| Financiamientos de cualquier tipo |  |  |  |  |  |  |
| Financiación o contratos en proyectos de investigación en el campo de salud |  |  |  |  |  |  |
| Otros |  |  |  |  |  |  |

**SECCION 3: OTRAS RELACIONES**

¿Existen otras relaciones o actividades de tipo financiero que ESSALUD podría percibir como potencialmente influyentes en sus decisiones técnicas respecto al producto farmacéutico solicitado para su autorización de uso?

Marcar con una X en el espacio correspondiente. Si la respuesta es “Sí” por favor mencionarla específicamente

No \_\_\_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_\_\_\_

Relaciones/Actividades:

**DECLARACIÓN:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con Documento Nacional de Identidad (DNI) Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y N° Colegiatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que he leído y comprendido toda la información consignada en el presente documento, la cual se ajusta a la verdad.

Declaro además que tengo pleno conocimiento de las normas que se mencionan en esta Declaración Jurada, ratificándome en la información proporcionada, y que la falta de veracidad, inexactitud u omisión de la información, dará lugar a las sanciones y responsabilidades administrativas y judiciales, conforme a lo dispuesto en la normatividad vigente.

Lima, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo

DNI N°: