Ciudad y Fecha

Señores

Comité de Ética en Investigación

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Asunto: Conflicto de intereses (Nombre del proyecto)

Cordial saludo:

Dando cumplimiento a la normatividad vigente resolución 8430 de 1993, resolución 2378 de 2008, y demás pautas éticas internacionales; Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificada con Cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como investigador y/o personal profesional responsable me adhiero y afirmo como participante en el proyecto titulado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro no tener conflictos de intereses.

1. NO recibí apoyo para asistir a reuniones, congresos u otras actividades educativas (inscripciones, becas de viaje, u otros) por parte de la industria de la salud).

2. NO recibí honorarios como ponente en una reunión organizada por la industria de la salud.

3. NO recibí apoyo y financiación para investigación por parte de la industria de la salud.

4. NO recibí financiación para cursar programas educativos o actividades de formación.

5. NO he sido o estoy empleado como consultor para una compañía de salud,

6. NO he sido ni soy accionista o tengo intereses económicos en una compañía farmacéutica o en cualquiera relacionada a la salud o tecnología sanitaria.

7. NO tengo activos o bienes en la industria de salud, sobre los cuales no tengan el control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión).

8. NO tengo derecho a pensión adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud.

9. NO tengo responsabilidad directa de un departamento u organización que recibe pago u otro beneficio de la industria de la salud que los favorece sin que yo los reciba personalmente. Ejemplo, el departamento u organización recibe:

• Financiación de formación por la industria de la salud.

• Cualquier pago o apoyo de la industria de la salud que beneficie a la organización.

• Patrocinio de la industria de la salud para el funcionamiento de una unidad o departamento de la cual el individuo es responsable.

• Patrocinio o miembro de la unidad o departamento de la cual el firmante de la declaración es responsable.

• La comisión de investigación u otro trabajo o asesoría de miembros del departamento u organización de la cual el firmante es responsable.

• Contratos o “grants” etc., para el departamento u organización

10. NO he dado mi opinión clara sobre alguna intervención o producto en evaluación, derivado como conclusión de un proyecto de investigación de efectividad clínica o estudios de investigación científica.

11. NO he realizado pronunciamientos públicos previos, en los cuales he expresado una opinión clara acerca del tema de la discusión, que se podría interpretar en forma razonable como un prejuicio a una interpretación objetiva de la evidencia.

12. NO existe el riesgo de que mis opiniones acerca de las intervenciones en evaluación afecten mi reputación.

13. NO tengo familiares que han realizado una consultoría o trabajo para la industria de la salud que implica un pago regular u ocasional en efectivo o en especie en los anteriores 12 meses a la firma de la declaración de intereses.

14. NO tengo familiares que tengan inversiones en la industria de la salud que hacen parte de un portafolio en el cual él tiene control directo.

15. NO tengo familiares con acciones u otros beneficios de la industria de la salud por ser propietarios o tener responsabilidades legales sobre bienes de terceros

16. NO tengo familiares que hayan obtenido patrocinio de viajes dados por la industria de la salud más allá de los costos razonables de hospedaje, pasajes, comida para asistir a reuniones, conferencias etc. en los 12 meses anteriores a la firma de la declaración de intereses.

17. NO tengo familiares con activos o bienes dentro de la industria de la salud, sobre los cuales no tienen control financiero (inversiones en un portafolio amplio, fondos de pensión).

18. NO tengo un familiar con derechos a pensión adquiridos por trabajos anteriores en la industria de la salud.

La presente declaración de conflicto de interese se firma a los 23 días del mes de mayo de 2017.

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

Nombre y Apellidos:

Investigador Principal