|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES** | GPG-GC-2  V - 1  23/2/2021 |

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado (a) con documento de identidad No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miembro de la Junta Directiva de Ascofame |  | Director o empleado |  |
| Miembro de la Sala de Pregrado / Posgrado / DPP del CGEM |  | Otro  Descríbalo: |  |

Manifiesto de manera libre y voluntaria que conozco los *Estatutos* y el *Código de ética y buen gobierno de Ascofame*, cuyos lineamientos me comprometo a promover y cumplir.

Así mismo, declaro que me encuentro incurso en las siguientes situaciones que constituyen o pueden constituir conflictos de interés:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo: Participación en órganos de dirección** | | **SI** | |  | **NO** |  |
| Descripción: ¿Hago parte de juntas directivas, consejos directivos u órganos de dirección de entidades oficiales o privadas que participan en la regulación, vigilancia o toma de decisiones relacionadas con la oferta y la calidad de la educación médica en el país, que puedan afectar a Ascofame o a alguno de sus miembros? | | | | | | |
| **Entidad /organización** | **Cargo o responsabilidad** | | **Fechas y descripción** | | | |
|  |  | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo: Vinculación con organismos del gobierno** | | **SI** | |  | **NO** |  |
| Descripción: ¿Presto servicios de asesoría, consultoría o servicios similares, bajo cualquier tipo de vinculación, a entidades oficiales o privadas que regulan, vigilan o toman decisiones relacionadas con la oferta y la calidad de la educación médica en el país? | | | | | | |
| **Entidad /organización** | **Cargo o responsabilidad** | | **Fechas y descripción** | | | |
|  |  | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo: Participación en sociedades u organizaciones** | | **SI** | |  | **NO** |  |
| Descripción: ¿Pertenezco, tengo intereses o hago parte de empresas, asociaciones, organizaciones o gremios profesionales que ofrecen o evalúan cursos o acciones de formación en educación médica en el país u otros servicios que compiten con el portafolio de servicios de Ascofame y con su misión? (No aplica a las facultades miembro de Ascofame) | | | | | | |
| **Entidad /organización** | **Cargo o responsabilidad** | | **Fechas y descripción** | | | |
|  |  | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo: Litigios o controversias** | | **SI** | |  | **NO** |  |
| Descripción: ¿Tengo litigios o controversias vigentes con alguno de los miembros de Ascofame o con algún organismo del estado colombiano que participe en los procesos de regulación, vigilancia y control de la educación médica en el país? (Congreso de la República, Presidencia, Ministerios u órganos de Gobierno nacional) | | | | | | |
| **Entidad /organización** | **Cargo o responsabilidad** | | **Fechas y descripción** | | | |
|  |  | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo: Otros** | | **SI** | |  | **NO** |  |
| Descripción: Otras actividades donde participo que pueden llegar a afectar los objetivos e intereses de Ascofame o de alguno de sus miembros. | | | | | | |
| **Entidad /organización** | **Cargo o responsabilidad** | | **Fechas y descripción** | | | |
|  |  | |  | | | |

Ciudad y fecha de la declaración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Firma del declarante Firma de quien recibe la declaración**

**Decisiones tomadas:**

|  |
| --- |
|  |