



Formato Declaración de No conflicto de Interés de la o del Aval Ciudadano

Yo _____ como Aval Ciudadano adscrito(a) al Establecimiento para la Atención Médica _____ declaro que durante el tiempo que me encuentre desarrollando las funciones de Aval Ciudadano, me comprometo en todo momento a actuar con ética, para lo cual me apegaré a los siguientes principios:

- Mantendré estricta confidencialidad a la información y a los datos que resulten de las funciones de Aval Ciudadano, que solamente podré discutir con el personal del Establecimiento para la Atención Médica.
- No tengo ninguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente, incluyendo ningún interés financiero o de otro tipo y/u otra relación con un tercero, que:
 - Puede tener un interés comercial atribuido en obtener el acceso a cualquier información confidencial obtenida en los asuntos o trámites propios de las funciones de Aval Ciudadano, o
 - Puede tener un interés personal en el resultado de los asuntos o trámites propios de las funciones de la o el Aval Ciudadano, pero no limitado a terceros.
- Me comprometo que, al advertir con prontitud cualquier cambio en las circunstancias anteriores, lo comunicaré inmediatamente a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- No aceptare agradecimientos, comisiones o consideraciones especiales por parte de clientes, organizaciones o entidades interesadas en la información confidencial del establecimiento de salud.

Asímismo, manifiesto haber leído y entendido la definición de conflicto de interés y conozco mis funciones como Aval Ciudadano, además de que acepto y estoy de acuerdo con lo establecido en este documento.

Lugar: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Firma: _____