|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |
| **Declaración de No Conflictos** | | | | | |
|  | | | | | |
| Como empleado o colaborador de la Unidad de Investigación en Salud de Chihuahua, S.C. (UIS), **DECLARO:** | | | | | |
|  | | | | | |
| * Que comprendo que un conflicto de interés es aquella situación en la cual el juicio de una persona o la integridad de una acción pueden estar indebidamente influidos por un interés secundario o personal.​​ | | | | | |
|  | | | | | |
| * Que estoy enterado de que los conflictos de interés pueden conducir a una persona a actuar en beneficio propio o de un tercero. | | | | | |
|  | | | | | |
| * Que estoy enterado de que la UIS es una empresa que trabaja con base en valores y que mi participación en ella requiere transparencia. | | | | | |
|  | | | | | |
| * Que los siguientes intereses pueden poner en riesgo o afectar el desempeño de mis actividades. | | | | | |
| * + Laboral | Si | No | Especifique | |  |
| * + Personal | Si | No | Especifique | |  |
| * + Profesional | Si | No | Especifique | |  |
| * + Familiar | Si | No | Especifique | |  |
|  | | | | | |
| * Que estoy enterado de que los posibles riesgos serán atendidos de una forma sana y privilegiando el bien común. | | | | | |
|  | | | | | |
| Firmado en Ciudad y Estado. | | | | | |
|  | | | | | |
| Nombre completo | | | | | |
| Firma | | | | Fecha | |