



**ANEXO N°5:
DECLARACIÓN JURADA SIMPLE SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS PARA CONALMA**

| | | | |
|--|--|--|-----------|
| Nombre del Postulante | | | |
| Calidad en la que participa (Marque con una X según corresponda) | Representante de asociación civil | | |
| | Persona civil | | |
| RUT | | | |
| Institución, Agrupación o Asociación a la que pertenece | | | |
| Profesión u oficio | | | |
| Cargo y lugar de trabajo | | | |
| Declaro en relación a reales, potenciales o aparentes conflictos de interés que me afecten a mí, a mis cercanos o a la institución donde trabajo, que: (Marque con una X según corresponda) | No tengo conflicto de interés que declarar | | |
| | Si tengo el o los siguientes hechos que declarar que corresponde a conflicto de interés | | |
| | Declare sus conflictos: | | |
| | | | |
| | | | |
| ¿Se encuentra usted en alguna otra situación que afecte o pueda afectar su objetividad o independencia para intervenir y opinar en la reunión o en el trabajo para el que se ha considerado su participación? (Marque con una X según corresponda) | No | | Si |
| | Declare sus conflictos: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| ¿Se encuentra usted en alguna otra situación que, en la opinión de terceros, afecte o pueda afectar su objetividad o independencia para intervenir y opinar en la reunión o en el trabajo para el que se ha considerado su participación? (Marque con una X según corresponda) | No | | Si |
| | Declare sus conflictos: | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Fecha | | | |
| Firma | | | |

Esta Declaración deberá ser actualizada cada vez que ocurra un hecho que haga necesario su declaración al Ministerio de Salud por el declarante.

