

Anexo 4

**FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE INTERESES
PARA MIEMBROS DEL MCP Y COMITÉS DE TRABAJO**

Para garantizar la integridad y la reputación del Mecanismo Coordinación País – Paraguay (MCP – Paraguay) se busca asegurar que sus procesos de toma de decisiones no se vean afectados por conflicto de intereses. Este formulario está inspirado en una herramienta similar a la que utiliza el Fondo Mundial para detectar y abordar conflictos de intereses reales o potenciales, como las cuestiones relacionadas con la ética.

No es impedimento para integrar el MCP o sus equipos de trabajo tener eventualmente un conflicto de intereses en el ejercicio de una representación, pero es requerido hacerlos explícitos, para que la persona afectada por el conflicto quede al margen de ciertos procesos en la toma de decisiones. Es responsabilidad de cada representante revelar cualquier interés económico, personal o profesional que pudiera estar relacionado con las tareas que le son asignadas a los efectos de que se puedan abordar apropiadamente los conflictos de intereses reales o potenciales.

Este formulario debe ser utilizado obligatoriamente por cualquier integrante del MCP – Paraguay, declarando sus intereses personales, los de sus familiares directos y los de cualesquiera organizaciones con los que mantenga una relación profesional y pudieran conducir a un conflicto de interés.

Responda las tres preguntas siguientes:

1) ¿Tiene usted o alguno de sus familiares directos algún interés económico con alguna de las instituciones que ejercen como Receptor Principal o son Sub-receptores de las subvenciones que monitorea el MCP - Paraguay?

Sí: No:

Si ha respondido "Sí", proporcione detalles en el recuadro inferior que permitan al MCP -Paraguay evaluar la situación, incluidos, entre otros, los siguientes datos:

Si el interés económico está relacionado con una función ejercida en una organización, indique el nombre de la organización, la función desempeñada en la organización (empleado, asesor, o miembro de la Junta Directiva), el trabajo realizado en esa función, y el periodo en que desempeñó esa función.

Si el interés económico guarda relación con una participación, describa la naturaleza y la cantidad de la misma, el periodo durante el que se ha mantenido la participación y cualquier otra información pertinente.



MECANISMO
COORDINACIÓN PAÍS

Dirección General de Vigilancia de la Salud
Edificio de Información Estratégica
Pettirossi y Constitución, Asunción - Paraguay
Teléfono: (595 21) 204 743 Int. 325
mcp.paraguay1@gmail.com

2) ¿Ha estado involucrado usted o alguno de sus familiares directos en alguna disputa legal que pudiera tener un efecto real o percibido en sus funciones, su capacidad de trabajo y en sus decisiones dentro del MCP?

Sí: No:

Si ha respondido "Sí", explique en el recuadro inferior la naturaleza de la disputa, las partes implicadas, y, si corresponde, el estado de la disputa o cómo y dónde fue resuelta.

(Observación: toda cuestión legal a la que se pueda haber enfrentado relacionada con su género, orientación sexual, creencias políticas, estado de su enfermedad, actividades como trabajador sexual o consumidor de drogas, o actividades asociadas con la defensa de cuestiones sociales, políticas o relacionadas con los derechos humanos no es necesario declararlas aquí)

3) ¿Hay alguna otra situación no incluida en las preguntas precedentes que pudiera afectar su objetividad o independencia en el desempeño de sus funciones como miembro del MCP o sus equipos de trabajo, o en su opinión, pudieran generar dudas sobre la percepción de esa independencia y objetividad por parte de los demás?

Sí: No:

Si ha respondido "Sí", por favor, proporcione detalles en el recuadro inferior que permitan al MCP - Paraguay evaluar la situación:

Declaro que la información que expongo en este formulario de Declaración de Intereses es correcta y completa. Me comprometo a actualizar la información incluida en este formulario de Declaración de Intereses en caso de producirse cualquier cambio significativo en estas circunstancias y, en cualquier caso, al menos anualmente.

Firma: _____

Aclaración: _____

DRA. LIZZIE CAROLINA AQUINO ECHEVERRY
DIRECTORA GENERAL
Laboratorio Central de Salud Pública
M.S.P. y B.S.

Fecha: _____

24/07/2015