



Ciudad de México, a ___ de _____ de 202__.

**Carta de Ausencia de Conflicto de Interés
para el procedimiento de solicitud de aval por parte del
Consejo Mexicano de Medicina Interna A.C.**

El suscrito _____, bajo protesta de decir verdad declara lo siguiente:

1. Conozco el "Reglamento de Avaluos" que el Consejo Mexicano de Medicina Interna A.C. pone a disposición de los solicitantes, del cual tengo pleno conocimiento.
2. No tengo situación alguna de conflicto de interés real o potencial, ni guardo relación familiar, personal o de negocios con las partes involucradas en el proceso de avaluos, así como, declaro no tener convenios o apoyos de la Industria Farmacéutica, y en el particular que en este curso exista el apoyo no se podrá promover de manera directa ningún medicamento en el programa académico que busque lucrar con el evento _____ que presento en la documentación que acompaña esta solicitud.
3. Me comprometo a informar oportunamente y por escrito al Titular Vigente del Comité de Avaluos del Consejo Mexicano de Medicina Interna A.C., cualquier impedimento, cambio en la organización o conflicto de interés derivado de esta declaración o cualquier otro que sea de mi conocimiento y observar sus instrucciones dadas por escrito para su atención, ejecución y resolución.
4. Desempeñaré y haré de su conocimiento las actividades que sean asignadas bajo principios de legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, para el otorgamiento de aval de calidad para el evento de educación médica continua denominado: _____ y que esto repercuta en la suma de puntos para el mantenimiento de la vigencia de la certificación, en apego a los Estatutos del Consejo en su apartado 2.6
5. Reconozco que el aval del evento académico será revocado si se hace uso de la imagen corporativa del Consejo Mexicano de Medicina Interna A.C., o cualquier información de uso exclusivo del Consejo; sin autorización por escrito. Teniendo conocimiento que La Mesa Directiva se reservará la decisión de la no aprobación de ningún evento en adelante y del derecho a proceder jurídicamente de acuerdo con las leyes vigentes.

Que esta declaración es un compromiso personal y profesional, que conozco las disposiciones legales, reglamentarias y éticas que rigen al Comité de Avaluos del Consejo Mexicano de Medicina Interna A.C., así como los alcances y consecuencias de mi incumplimiento.

En caso de tener algún conflicto de interés, lo declaro en este momento:

Atentamente.

Nombre Completo y Firma _____
Profesor Titular del Curso