

Sin perjuicio de las normas que complementen, modifiquen o adicionen, las normas que rigen la materia y en cumplimiento con la Circular Externa 2021170000005-5 de 2021, el Programa de Transparencia y Ética Empresarial y el Manual para el Subsistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos, Financiación del Terrorismo y Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva – SARLAFT/FPDAM se presenta la siguiente Declaración de Conflicto de Interés.

Los conflictos de interés son aquellas situaciones en las que un proveedor de **Hospital Alma Máter de Antioquia**, pudiera ser motivado a tomar acciones indebidas, específicamente por sus propios intereses económicos. Es responsabilidad de todos los proveedores del Hospital revelar cualquier vínculo personal que pudiera estar relacionado con la prestación de sus servicios y de este modo, gestionar apropiadamente esos conflictos existentes o potenciales.

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía N°. _____ actuando en nombre propio y/o en representación de la empresa _____ identificada con NIT No. _____ declaro que la información proporcionada en el presente documento es legítima y me hago responsable de su validez durante el tiempo en que el **Hospital Alma Máter de Antioquia** considere pertinente validar la misma.

1. He pertenecido al **Hospital Alma Máter de Antioquia** como colaborador de ésta:

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

2. Como persona natural o la entidad a la que represento, oferto a personas particulares los mismos servicios que el **Hospital Alma Máter de Antioquia** presta o que usted como proveedor le presta a la Institución.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

3. Como persona natural o la empresa a la que represento legalmente es Socio, Representante Legal o Miembro de la Junta Directiva de dos o más empresas que están actualmente contratadas con el **Hospital Alma Máter de Antioquia**.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

4. Mantengo o tengo algún familiar, algún tipo de relación familiar, sentimental o alguna actividad económica en conjunto, con uno de los trabajadores o Corporado del **Hospital Alma Máter de Antioquia**.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

5. Soy dueño, socio, accionista, representante legal, directivo o empleado de empresas, compañías farmacéuticas o relacionadas a la salud o tecnologías sanitarias, sociedades, consorcios, negocios, establecimientos comerciales y/o organizaciones sin ánimo de lucro que tengan relación comercial con el **Hospital Alma Máter de Antioquia**, diferente a la que se está presentando actualmente para iniciar un nuevo contrato.

- SI
 NO

Si la respuesta es afirmativa, explique la situación que está generando dicho conflicto.

6. He ofrecido directa o indirectamente, incentivos económicos y/o no económicos a proveedores, contratistas, clientes, Directivos y trabajadores del **Hospital Alma Máter de Antioquia**, pacientes y familias o cualquier tercero, con el fin de influenciar sus decisiones en el ejercicio de los servicios que prestó al hospital.

- SI
 NO

7. He usado su posición como proveedor del **Hospital Alma Máter de Antioquia**, así como la reputación, marca, y logos de la Institución, con el fin de obtener beneficios, para mí o para terceros.

- SI
 NO

8. He utilizado su posición en el **Hospital Alma Máter de Antioquia**, como contratista para tratar de influir en la decisión personal de los demás de contribuir o de otra manera apoyar a partidos o candidatos políticos.

- SI
 NO

9. He beneficiado a familiares, amistades o terceros para el acceso a servicios del **Hospital Alma Máter de Antioquia**, que por sus condiciones de afiliación al sistema de salud no tienen cobertura económica para los cuales la Institución ha tendido que asumir los costos de atención.

- SI
 NO

10. He revelado algún tipo de información privada, semiprivada o sensible **Hospital Alma Máter de Antioquia** a la que tengo acceso en el ejercicio de mis actividades, para beneficio personal, de algún familiar cercano o de un tercero. (Ley 1581/2012, Decreto 1377/2013)

- SI
 NO

11. Describa a continuación otros tipos de situaciones que puedan generar un potencial conflicto de interés que no hayan sido abordados en las tipologías anteriores.

Con la firma de la presente declaración: Declaro que conozco y acepto las políticas, los procedimientos y los mecanismos que tiene el **Hospital Alma Máter de Antioquia** para el manejo, prevención y resolución de conflictos de interés. De acuerdo con lo anterior:

1. Manifiesto que he leído y comprendido el Código de Ética y Buen Gobierno, Programa de Transparencia y Ética Empresarial y Manual SICOFS y conozco las normas contenidas en estos documentos, publicados en <https://eticaycumplimiento.almamater.hospital/>, por lo que me comprometo a cumplirlos en su totalidad.
2. Manifiesto que tengo conocimiento que el incumplimiento, omisión o falsedad en la información registrada en la presente declaración constituye falta grave y acarreará las sanciones administrativas a que haya lugar.
3. Manifiesto tener conocimiento que no debo ofrecer o entregar a los colaboradores del Hospital Alma Máter de Antioquia, directa o indirectamente ningún tipo de ventaja, recompensa, retribución u obsequio, en dinero o en especie.
4. Entiendo que no debo otorgar rebajas, descuentos, disminuciones o exenciones de cualquier tipo, fundados en razones de amistad o parentesco.
5. Entiendo que no debo hacer mal uso de los recursos, propiedad intelectual e industrial, tiempo o instalaciones del Hospital Alma Máter de Antioquia.
6. Actualizar mi declaración de Conflictos de Interés cada vez que cambie mi rol, mis actividades, se presente alguna circunstancia que pueda ser catalogada como conflicto de interés.
7. Informar en caso de encontrarme a futuro implicado o evidenciar un conflicto de interés o hechos contrarios a la ética y buena conducta del **Hospital Alma Máter de Antioquia**, al correo: comite.buengobierno@almamater.hospital o al correo electrónico compliance@almamater.hospital
8. Cumplir con el Código de Ética y Buen Gobierno, Programa de Transparencia y Ética Empresarial y Manual SICOFS y demás lineamientos que apliquen para la prevención de conflictos de interés.

9. Autorizo a tratar mis datos personales, de acuerdo a la Política de Protección de Datos personales del **Hospital Alma Máter de Antioquia**, la cual puede ser consultada en <http://almamater.hospital> "Cualquier omisión intencionada o inexactitud en la información aquí declarada, será conocida por el Comité de Ética y Buen Gobierno y podrá ser catalogada como incumplimiento al contrato suscrito entre las partes."

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Medellín, el día ____ del mes _____ del año _____

Firma: _____

Correo electrónico: _____

Celular: _____

INSTRUCTIVO		
ITEM	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
Yo	Diligenciar el nombre completo del colaborador	Proveedor o representante legal
Documento de identidad C.C. ____ O C.E	Marcar con una X si corresponde a la cedula de ciudadanía o cedula de extranjería	Colaborador
Número	Ubicar el número de la cedula, así mismo ubicar la ciudad o municipio de expedición	Proveedor o representante legal
actuando en nombre propio y/o en representación de la empresa _____ identificada con NIT No.	Se debe poner el nombre de la empresa y el NIT	representante legal
Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Medellín, el día ____ del mes _____ del año _____.	Indicar la fecha en la cual está diligenciando la declaración.	Proveedor o representante legal
Seguidamente debe diligenciar cada uno de los numerales que desarrollan el documento, donde debe seleccionar SÍ, justificando la respuesta o NO, en este caso el campo de descripción no aplica.		

En la parte ultima de la declaración debe nuevamente diligenciar la información personal.

Una vez el documento este totalmente diligenciado debe anexarlo con los demás documentos solicitados el Área de Contratación.

CONTROL DE ERRORES

CONTROL DE ERRORES		
CONSECUTIVO	FECHA	CORRECCIÓN VARIABLE

CONTROL DE CAMBIO

CONTROL DE CAMBIOS		
FECHA Y VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE DE REALIZAR EL CAMBIO
DD/MM/AAAA V01	Describir el cambio realizado	Persona responsable de realizar el cambio