



ASOCIACIÓN
COLOMBIANA DE
FARMACOVIGILANCIA

DECLARACION DE INTERESES Y CONFIDENCIALIDAD MIEMBROS JUNTA DIRECTIVA ASOCIACIÓN
COLOMBIANA DE FARMACOVIGILANCIA

Bogotá, 24 de mayo de 2019

Por medio de la presente YO Luis Alfonso Laverde Gaona identificado con c.c. 7721234 de Neiva certifico y declaro la siguiente información:

1. SI <input checked="" type="checkbox"/> X NO <input type="checkbox"/> Usted, su conyugue o sus hijos tienen una relación financiera directa o indirecta con alguna Casa Farmacéutica? Si su respuesta es SI por favor indique cuál: Norstray & Nuart
2. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X Usted, su conyugue o sus hijos reciben apoyo y financiación para una investigación propia por parte de alguna Casa Farmacéutica? Si su respuesta es SI por favor explique: _____ _____ _____
3. SI <input checked="" type="checkbox"/> X NO <input type="checkbox"/> Usted, su conyugue o sus hijos, son consultores externos contratados por alguna casa Farmacéutica? Si su respuesta es SI por favor explique: Consultor externo ocasional de la casa farmacéutica para realizar actividades de farmacovigilancia
4. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X Usted, su conyugue o sus hijos, son accionistas o tienen intereses económicos en alguna Casa Farmacéutica? Si su respuesta es SI por favor explique: _____ _____ _____
5. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> X Usted, su conyugue o sus hijos, hacen parte de algún otra Junta Directiva de Asociación? Si su respuesta es SI por favor explique y especifique su cargo dentro del



+57-1-3919203

www.asofarmacovigilancia.org
asocolombianafarmacovigilancia@gmail.com



facebook.com/asofarmacovigilancia
@asofarmacovig



**ASOCIACIÓN
COLOMBIANA DE
FARMACOVIGILANCIA**

mismo:

6. SI ____ NO __X__ Usted, su conyugue o sus hijos, reciben honorarios como parte de su participación como miembro de Junta Directiva en otra Asociación? Si su respuesta es SI por favor explique a qué monto ascienden sus honorarios por reunión o participación.

7. SI ____ NO __X__ Usted, su conyugue o sus hijos tienen algún tipo de nexo familiar dentro de la Asociación Colombiana de Farmacovigilancia? Si su respuesta es SI por favor indique el nombre y cargo que su familiar ocupa dentro de la organización:

Declaramos que nuestras decisiones no están influenciadas por dichos intereses, por lo tanto en caso de tener que tomarse una decisión relacionada con la organización farmacéutica que se representa o se tiene relación, quien tenga un conflicto deberá apartarse de la discusión y perderá su derecho al voto.

Cordialmente,

Angela Caro Rojas
Representante Legal

Luis Alfonso Laverde Gaona
Miembro Junta Directiva

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FARMACOVIGILANCIA



+57-1-3919203

www.asofarmacovigilancia.org
asocolombianafarmacovigilancia@gmail.com



facebook.com/asofarmacovigilancia
[@asofarmacovig](https://twitter.com/asofarmacovig)