



**ASOCIACIÓN  
COLOMBIANA DE  
FARMACOVIGILANCIA**

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

Bogotá, 28 de abril de 2021

Por medio de la presente, Yo IVETTE PAOLA RODRÍGUEZ GARZÓN identificada con c.c. 52760522 certifico y declaro la siguiente información:

1. SI \_\_\_ NO  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:

---

---

2. SI \_\_\_ NO  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 \_\_\_ NO  Usted, su conyugue o sus hijos, son consultores externos contratados por alguna casa Farmacéutica? Si su respuesta es SI por favor explique:

---

---

4. SI \_\_\_ NO  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 \_\_\_ NO  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 mismo:

---

---



+57-1-3919203

[www.asofarmacovigilancia.org](http://www.asofarmacovigilancia.org)  
[asocolombianafarmacovigilancia@gmail.com](mailto:asocolombianafarmacovigilancia@gmail.com)



[facebook.com/asofarmacovigilancia](https://facebook.com/asofarmacovigilancia)



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



**ASOCIACIÓN  
COLOMBIANA DE  
FARMACOVIGILANCIA**

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. SI X NO \_\_\_ Usted, su conyugue o sus hijos tienen una relación financiera directa o indirecta con el sector gobierno? Si su respuesta es SI por favor indique cuál:  
**Estoy ejecutando un contrato con el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto es el apoyo en farmacovigilancia en procesos de inmunización.**

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 o el sector gobierno 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

  
\_\_\_\_\_  
Ivette Paola Rodríguez Garzón  
Miembro Junta Directiva

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FARMACOVIGILANCIA