



Estimado Profesional de la Salud: Para GSK es importante conocer la siguiente información con el objetivo de definir los procesos internos adecuados para una interacción íntegra y transparente con la comunidad médica, agradecemos su tiempo para completar todos los campos escribiendo de su puño y letra.

DATOS GENERALES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD				
Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno
Especialidad		Por favor proporcionar su número de cédula profesional y tipo: <input type="checkbox"/> Profesional Número: _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Especialidad <input type="checkbox"/> Sub especialidad		
Teléfono(s) de contacto		Correo electrónico		
ACTIVIDAD PROFESIONAL				
Sector Privado	¿Usted se desempeña en el <u>Sector Privado</u> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si la respuesta fue Sí indique el tipo y nombre (si aplica): <input type="checkbox"/> Hospital Privado <input type="checkbox"/> Institución Privada <input type="checkbox"/> Consultorio Privado <input type="checkbox"/> Empresa Privada			
	Nombre del hospital, institución o empresa: _____			
	¿Qué cargo/posición ocupa en la <u>Institución Privada, Hospital Privado, Consultorio Privado, Empresa Privada</u> ?		En esta <u>Institución Privada, Hospital Privado, Consultorio Privado, Empresa Privada</u> ¿Usted atiende o da consulta a pacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sector Público	¿Usted se desempeña en el <u>Sector Público</u> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si la respuesta fue Sí indique el nombre de la <u>Institución Pública</u> : _____			
	¿Qué cargo/posición ocupa en la <u>Institución Pública</u> ?		En esta <u>Institución Pública</u> , ¿Usted atiende o da consulta a pacientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
OTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES (Por favor llenar TODOS los campos que apliquen)				
Participación en Comités	Sí/No	FUNCIÓN O CARGO	Voz	Voto
¿Usted participa en algún comité de toma decisiones de compra de medicamentos o insumos para <u>alguna institución pública</u> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted participa en algún comité de toma decisiones de compra de medicamentos o insumos para <u>alguna institución privada</u> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted participa en algún comité dando asesoría técnica o científica para la inclusión de medicamentos en cuadros básicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted participa en el Comité de Moléculas Nuevas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted participa en el Comité de Insumos/Adquisiciones de la <u>institución pública</u> donde labora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted participa en otro Comité? (por ejemplo elaboración de guías nacionales de tratamiento para VIH) <i>Indicar el nombre del Comité</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras actividades				
¿Usted tiene como responsabilidad efectuar inspecciones (auditorías) regulatorias?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted tiene como responsabilidad otorgar autorizaciones o licencias gubernamentales?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted actualmente trabaja de manera temporal o permanente a nivel gubernamental o para agencias locales, regionales o nacionales u organismos supranacionales (por ejemplo OMS, ONU, OPS)?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted actualmente trabaja para algún partido político o es candidato a algún puesto de elección popular?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Detalles sobre otras actividades realizadas				
En caso de haber contestado SÍ en alguna de las tres preguntas anteriores, por favor especificar con mayor detalle la actividad realizada				

Manifiesto bajo protesta de decir la verdad que la información vertida en el presente documento es cierta.

FORMULARIO PARA DETERMINACIÓN DE FUNCIONES DE PROFESIONALES DE LA SALUD		
Nombre del Profesional de la Salud	Firma del Profesional de la Salud	Fecha



1. POLITICA ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN (DIRECTRICES PARA TERCEROS)

La Política Anti-soborno y Anticorrupción GSK (POL-GSK-007) requiere el cumplimiento con los estándares éticos más altos y con las leyes anticorrupción aplicadas en los países donde GSK realiza negocios sea en nombre propio o a través de terceros. Dicha Política 007 GSK debe ser cumplida por todos los empleados de GSK y los terceros que actúen para o en nombre de GSK a fin de asegurar que todos los convenios con terceros, tanto en el sector público como privado, se realicen en cumplimiento con las leyes y regulaciones respectivas, así como con los estándares de integridad requeridos por GSK y congruentes con los valores de integridad, transparencia y tolerancia cero a las actividades de corrupción de todo tipo, sean cometidas por empleados de GSK, funcionarios o terceros que actúen para o en representación de GSK.

Los empleados de GSK y cualquier tercero que actúe para o en nombre de GSK, no deben prometer, autorizar, ratificar u ofrecer realizar cualquier pago en numerario o en especie o la prestación de un servicio, directa o indirectamente a cualquier individuo incluyendo a los “funcionarios públicos” para propósitos inadecuados de influencia o persuasión o como recompensa para actos de omisión o decisión a fin de asegurar una ventaja inadecuada o ayudar de forma incorrecta a la compañía en la obtención o mantenimiento de negocios. Para evitar dudas, los pagos de facilitación, definidos como pagos a un individuo para asegurar o hacer expedita la práctica de una acción gubernamental rutinaria por funcionarios de gobierno no son excepción a la regla general y están por lo tanto prohibidos.

GSK está comprometido con los estándares éticos más altos sobre transacciones comerciales y todo acto que ocasione la aparición de promesa, oferta, entrega o autorización de pagos prohibidos por esta política no será tolerado.

Deberá entenderse por Funcionarios Públicos a los siguientes casos:

- Cualquier funcionario o empleado del gobierno o de cualquier departamento, entidad o dependencia del gobierno;
- Cualquier persona que actúe en calidad de funcionario público para o en nombre del gobierno o cualquier departamento, entidad o dependencia del gobierno;
- Cualquier funcionario o empleado de una compañía o empresa que es propiedad total o parcial del gobierno;
- Cualquier funcionario o empleado de una organización pública internacional como el Banco Mundial o las Naciones Unidas;
- Cualquier funcionario o empleado de un partido político o cualquier persona que actúe en calidad de funcionario a nombre de un partido político; y/o
- Cualquier candidato a un cargo político.

2. MANIFESTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

En cumplimiento de la Política Antisoborno y Anticorrupción GSK (POL-GSK-007), se requiere al profesional de la salud que realice una manifestación sobre la posible existencia de un conflicto de interés en relación con el cumplimiento de la política en cita, sirviendo de ejemplo los siguientes supuestos:

- Cualquier posición en agencias, entidades u hospitales gubernamentales;
- Cualquier participación remunerada o no en un comité dentro o fuera de hospitales u otras posiciones o cargos de función pública;
- Cualquier posición asignada a familiares (Ejemplo: esposa, hijos, padres, hermanos), que puedan afectar a la empresa GSK (Ejemplo: gerencia de hospital, organismo regulador, fondo de salud);
- Cualquier interés de control de propiedad de una entidad que tiene negocios con el gobierno en el área de salud y cualquier propiedad de una entidad que brinda servicios o productos a GSK (propio, de esposa, padres, hermanos)

Declaración:

Una vez que conozco la Política Anti-soborno y Anticorrupción GSK (POL-GSK-007), emito mi declaración en relación con los posibles conflictos de interés que pudiera tener en relación con la misma al tenor siguiente:

NOTA: En caso de NO contar con un conflicto de intereses, escriba de su puño y letra lo siguiente: “No tengo conflicto de intereses”:

Manifiesto bajo protesta de decir la verdad que la información vertida en el presente documento es cierta.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES		
Nombre del Profesional de la Salud	Firma del Profesional de la Salud	Fecha