

ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 de diciembre de 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Ana Isabel Nieto Gómez identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01506489-9 de nacionalidad salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (X), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Ana Isabel Nieto Gómez

Cargo dentro del MCP-ES:

Representante propietario sector gobierno

Sector al que representa:

Gobierno - Ministerio de Salud

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Ministerio de Salud
1b	¿Qué cargo ocupa?	Jefa de la Unidad del Programa de ITS-VIH
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	Receptor Principal de las subvenciones de Tb y VIH
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Comité de Propuestas miembro
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	—

Firma del miembro: _____



ANEXO
Parte 1
DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLITICA DE CONFLICTO DE INTERES Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES

Fecha: 09 DIC 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo... Karla Edith Trigueros... identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 04285494-5 de nacionalidad Salvadorense como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(propietario o suplente):

propietario

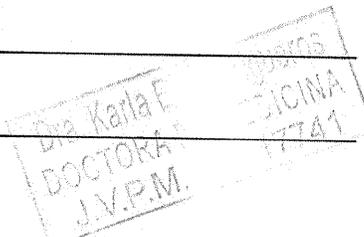
Cargo dentro del MCP-ES:

Sector al que representa:

sector gabinete

Firma del miembro:

[Firma manuscrita]



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	COPRECOB / COSAM
1b	¿Qué cargo ocupa?	Coordinadora Coprecob
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Ninguna
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	Ninguno
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	Ninguno
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	Ninguno
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Ninguno
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	Ninguno
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	Ninguno

Firma del miembro:

Dra. Karla Edith Trigueros
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 1774

ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES

Fecha: 3/Dic/2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Oscar Eduardo Zuleta Costera identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 02551826-4 de nacionalidad Salvadorense como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (x), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, someténdome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Oscar Eduardo Zuleta Costera

Cargo dentro del MCP-ES:

Asambleísta (Suplente)

Sector al que representa:

Gobierno

Firma del miembro:

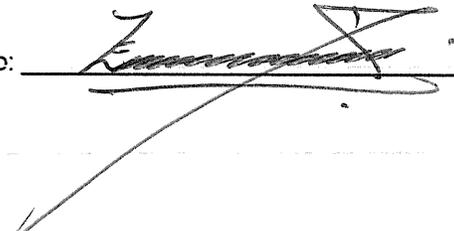


Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Consejo Superior de Salud.
1b	¿Qué cargo ocupa?	Consejal Propietario Gremio Médico Consejo Directivo (CSSP).
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Consejo Directivo Consejo Superior Salud Pública
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO.
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	NO
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	NO aplica.

Firma del miembro: _____



**ANEXO
Parte 1****DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES**

Fecha: 8/12/2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Maria Mercedes Castillo de Molina identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 02728466-7 de nacionalidad salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea(x), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor() a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente): Maria Mercedes Castillo de Molina

Cargo dentro del MCP-ES: Representante del sector gubernamental

Sector al que representa:
Gubernamental

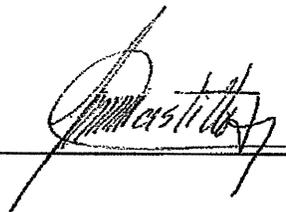
Firma del miembro:



Parte 2**Por favor responda a todas las preguntas a continuación**

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología
1b	¿Qué cargo ocupa?	Gerente de Area
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	ADINTE/ Alianza por el Desarrollo Nacional/ Presidenta /Empresa.
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	Si
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funcione como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/ empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Representante del Sector Gubernamental
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	Ninguna

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Norberto Enrique Díaz Martínez identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01154787-9 de nacionalidad Salvadoreño como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo () , Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Norberto Enrique Díaz Martínez

Cargo dentro del MCP-ES:

vicepresidente

Sector al que representa:

personas afectadas por VIH, TB y Malaria

Firma del miembro:





Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	REDCA+
1b	¿Qué cargo ocupa?	Punto Focal
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	NO
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Vicepresidente
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	

Firma del miembro: _____

ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03 diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Doris Elizabeth Acosta de Alvarado... identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 00358616-0... de nacionalidad Salvadoreña... como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (x), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor (x) a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Doris Elizabeth Acosta de Alvarado

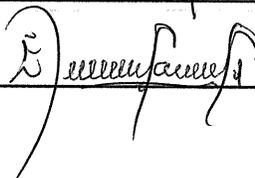
Cargo dentro del MCP-ES:

Miembro Suplente

Sector al que representa:

Sector de personas afectadas por VIH

Firma del miembro:

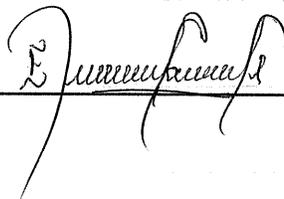


Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Asoc. Red Salvadorense de Personas con VIH
1b	¿Qué cargo ocupa?	Directora Ejecutiva/Representante legal
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Si 1 Asoc. REDSAL+
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	Si Asociación REDSAL+/VIH
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaria, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Si Comité de Monitoreo y Comité de Propuestas.
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	NO

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 de Diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Jana Janet Hernandez Marroquin identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01994141-9 de nacionalidad Salvadorenña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (x), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Jana Janet Hernandez Marroquin

Cargo dentro del MCP-ES:

Miembra propietaria

Sector al que representa:

Personas con VIH.

Firma del miembro:

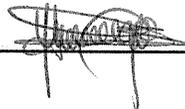


Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Asociación Vision Propositiva
1b	¿Qué cargo ocupa?	Directora Ejecutiva
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Si, de la Junta Directiva de Asoc. Vision Propositiva
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No.
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	Asoc. Vision Propositiva es SSR del proyecto: Innovando Servicios, reduciendo Riesgos, Renovando vidas en El Salvador mod. Cuidaytro.
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No.
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Si. Comité de Propuestas
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No.
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No Aplica.

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03 de diciembre del 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Rober Amadeo Martínez Arivalo identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 03677541-3 de nacionalidad Salvadoreño como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (x), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Rober Amadeo Martínez Arivalo

Cargo dentro del MCP-ES:

Suplente

Sector al que representa:

Sector Personas con VIH, TB y Malaria

Firma del miembro:

[Firma manuscrita]

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Grupo Apoyo Hospital Zacamil
1b	¿Qué cargo ocupa?	Presidente
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Fundación
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	NO
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	Ninguno

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03 Diciembre 20

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Ana Elizabeth Albanés Barrantes identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01396415-8 de nacionalidad Salvadorenña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea () Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha, y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Ana Elizabeth Albanés Barrantes (propietario)

Cargo dentro del MCP-ES:

Miembro propietario

Sector al que representa:

Tuberculosis

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	(MINSAC) Ministerio Nacional de Salud
1b	¿Qué cargo ocupa?	Medico Consultante
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No

Firma del miembro: _____



ANEXO
Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03 / diciembre / 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo William Vladimír Hernández Valenzuela identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 00981924-6 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea () , Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(propietario o suplente):

William Vladimír Hernández Valenzuela

Cargo dentro del MCP-ES:

Suplente de personas afectadas por TB.

Sector al que representa:

Personas afectadas por TB.

Firma del miembro:

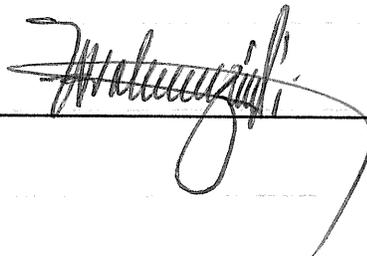
[Firma manuscrita]

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos "Entre Amigos"
1b	¿Qué cargo ocupa?	Director Ejecutivo
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	NO
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	Si Asociación Salvadoreña de Derechos Humanos "Entre Amigos"
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	① Eliana Esperanza Hernández Calvez ② Liliana Arely Hernández Calvez ① Coordinadora de gestión de datos ② Coordinadora de Comunicaciones.
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Si comité de propuestas No tengo cargo rector dentro de las comités
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A aplica.

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03/Die/2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, María Esmeralda Sorto Villaforo identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 00386963-1 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea () Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

María Esmeralda Sorto Villaforo

Cargo dentro del MCP-ES:

propietario

Sector al que representa:

col-vol Malaria

Firma del miembro:

Maria Esmeralda Sorto Villaforo

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	No aplica
1b	¿Qué cargo ocupa?	No aplica
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No aplica
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No aplica
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No aplica
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No aplica
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No aplica
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No aplica
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No aplica

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 de Diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Karla Alejandra Solís Quevedo identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 024339170 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea () Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Karla Alejandra Solís Quevedo

Cargo dentro del MCP-ES:

Miembra Propietario

Sector al que representa:

HSH y Trans

Firma del miembro:

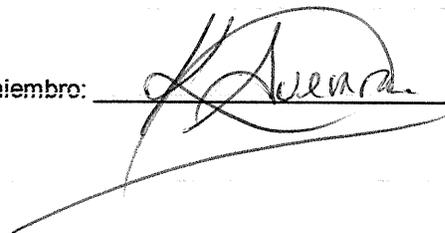
K. Quevedo

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Colectivo Alejandra
1b	¿Qué cargo ocupa?	Director Ejecutivo
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Colectivo Alejandra
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	N/A
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	Colectivo Alejandra / Programa de VIH
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	N/A
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	N/A
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 de Diciembre de 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Gabriel Benjamin Barahona Escobar identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 05 224897-1 de nacionalidad salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Gabriel Benjamin Barahona Escobar

Cargo dentro del MCP-ES:

Miembro suplente

Sector al que representa:

HSH y Trans

Firma del miembro:

Gabriel

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	COMCAVIS TRANS
1b	¿Qué cargo ocupa?	Relaciones Públicas
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	COMCAVIS TRANS Tesorero
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLITICA DE CONFLICTO DE INTERES Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES

Fecha: 3/12/2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Maria Consuelo Payamundo.....identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 027784227 de nacionalidad.....como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Maria Consuelo Payamundo Caudido

Cargo dentro del MCP-ES:

Miembra Propietaria

Sector al que representa:

Trabajo Sexual

Firma del miembro:

[Firma manuscrita]

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	movimiento orgánicas del mar
1b	¿Qué cargo ocupa?	Representante legal
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	orgánicas del mar
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	sub-sub receptor
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	Prevención VIH
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3/12/20

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Reina Isabel Espinoza Aguilar identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 65467027-I de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Reina Isabel Espinoza Aguilar

Cargo dentro del MCP-ES:

suplente

Sector al que representa:

Poblaciones Trabajadora Sexual

Firma del miembro:

Reina Isabel

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Colectivo Senos
1b	¿Qué cargo ocupa?	Educadora
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto.	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03 diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Habely Janeth Coca Ramirez identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 00938586-0 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, someténdome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado; para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Habely Janeth Coca Ramirez

Cargo dentro del MCP-ES:

Propietario

Sector al que representa:

ONG Nacionales

Firma del miembro:

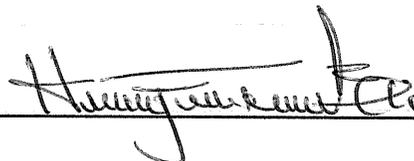
Habely Janeth Coca Ramirez

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Asociación crear y crear en El Salvador
1b	¿Qué cargo ocupa?	Presidente
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	SI Asociación crear y crear en El Salvador
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	NO
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	NO

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3/12/20

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, JUAN FRANCISCO ORTIZ identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 006755572 de nacionalidad SALVADOREÑA como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(propietario o suplente):

JUAN FRANCISCO ORTIZ

Cargo dentro del MCP-ES:

REPRESENTANTE SUPLENTE

Sector al que representa:

ONG'S NACIONALES

Firma del miembro:

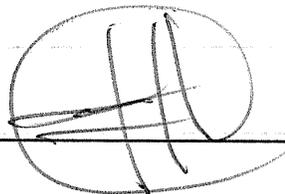


Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	FUNDASIDA
1b	¿Qué cargo ocupa?	DIRECTOR
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	FUNDASIDA
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	COORDINADOR COMITE DE COMUNICACION MCD.
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	NINGUNO

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 DICIEMBRE 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, PATRICE BAUDUIN.....identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° AR407349..... de nacionalidad CANADIENSE como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de *Asamblea* () , *Comité Ejecutivo* (), *Dirección Ejecutiva* (), *Receptor Principal* (), *Sub Receptor* () o *Sub Subreceptor*() a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, someténdome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(propietario o suplente):

PATRICE BAUDUIN

Cargo dentro del MCP-ES:

REPRESENTANTE ONGS INTERNACIONALES
PROPIETARIO

Sector al que representa:

ONGS INTERNACIONALES

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	PLAN INTERNACIONAL
1b	¿Qué cargo ocupa?	GERENTE DE UNIDAD PROGRAMA FIT.
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	NO
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	PLAN INTERNACIONAL SR SUBVENCIÓN VIH
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	NO PARTE DE COMITÉ DE PROPUESTAS
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 8 de Dic 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Susana Ivania Padilla Calderón identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01241279-2 de nacionalidad Salvadorense como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo () , Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(propietario o suplente):

Susana Ivania Padilla Calderón

Cargo dentro del MCP-ES:

Comité Ejecutivo / secretaria
Comité de Monitoreo / coordinación

Sector al que representa:

ONG'S

Firma del miembro:

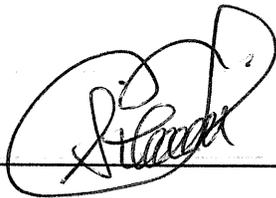


Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Asociación PASMO
1b	¿Qué cargo ocupa?	Gerente de Programa
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Asociación PASMO
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	TRAZOS Y DISEÑOS.
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Secretaria Comité Ejecutivo - coordinadora Comité de Monitoreo
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	Nada

Firma del miembro: _____



ANEXO**Parte 1****DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERES Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES**

Fecha: 9 de diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Eugenia de Alvarado, identificado(a) con documento de identidad (DUI) N° 01207012-6 de nacionalidad salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de *Asamblea* (), *Comité Ejecutivo* (), *Dirección Ejecutiva* (), *Receptor Principal* (), *Sub Receptor* () o *Sub Subreceptor* () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

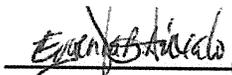
Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(Propietario): Eugenia de Alvarado

Cargo dentro del MCP-ES: Representante propietario sector académico

Sector al que representa: Académico

Firma del miembro:

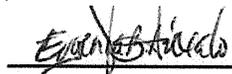


Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Universidad Dr. José Matías Delgado
1b	¿Qué cargo ocupa?	Jefa Departamento Salud Pública
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	Ninguna

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 31/12/20

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Margarita Dolores Molina de Penilla identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01337110-1 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha, y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(propietario o suplente):

Margarita Dolores Molina de Penilla

Cargo dentro del MCP-ES:

Miembro suplente

Sector al que representa:

Académico

Firma del miembro:

[Firma manuscrita]

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Instituto Especializado de Profesionales de la Salud (IEPROES)
1b	¿Qué cargo ocupa?	Coordinador de Programación
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03 / 12 / 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Sra. Saúl Mauricio Quintanilla identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 00852759-3 de nacionalidad Salvadorense como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, someténdome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Sra. Saúl Mauricio Quintanilla Mejía

Cargo dentro del MCP-ES:

Representante propietario

Sector al que representa:

Organizaciones Basadas en la Fe OBF

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Asociación Cristiana "El Renuevo"
1b	¿Qué cargo ocupa?	Director
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	Si. Asociación Cristiana El Renuevo.
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	no
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	no
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	no
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Si Sub-coordinador de MyE
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	no
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 de Diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Oscar Giovanni Marroquin identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 03013934-2 de nacionalidad Salvadorense como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de *Asamblea* () *Comité Ejecutivo* (), *Dirección Ejecutiva* (), *Receptor Principal* (), *Sub Receptor* () o *Sub Subreceptor* () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha, y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Oscar Giovanni Marroquin Zelpe de

Cargo dentro del MCP-ES:

Suplente -

Sector al que representa:

OBF.

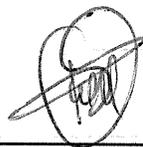
Firma del miembro:

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	HWPL.
1b	¿Qué cargo ocupa?	Pastor y Misionero.
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No creo obtener ningún conflicto de Interés por mi org. Pero es un sector. DBE

Firma del miembro: _____



ANEXO
Parte 1
DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLITICA DE CONFLICTO DE INTERES Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES

Fecha: 8 de Diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo... **Yanira Elizabeth Olivo de Rodríguez** identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° **02127238-7** de nacionalidad Salvadoreña .como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de *Asamblea (X)*, *Comité Ejecutivo ()*, *Dirección Ejecutiva ()*, *Receptor Principal ()*, *Sub Receptor ()* o *Sub Subreceptor()* a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

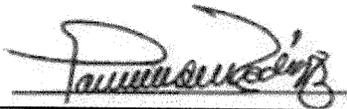
Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente): **YANIRA ELIZABETH OLIVO DE RODRÍGUEZ propietario**

Cargo dentro del MCP-ES: **Miembro Constituyente**

Sector al que representa: **Sector Privado**

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	PROMOTORA CAMPOLY , SA de CV
1b	¿Qué cargo ocupa?	DIRECTORA GENERAL
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	AARHES CAMSEC
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	Si Procampoly s.a de c.v
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro:



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3/12/2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Ricardo A. Engelhard V. identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01568179-8 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (X), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Ricardo Arturo Engelhard Ulega.

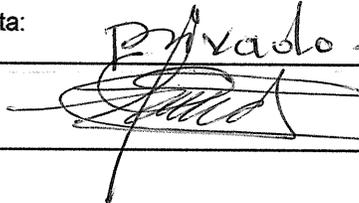
Cargo dentro del MCP-ES:

Suplente.

Sector al que representa:

Privado.

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Constuhard el Salvador S.A. de C.V.
1b	¿Qué cargo ocupa?	Director Ejecutivo.
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	CIFCO INDAS.
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	—
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	—
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	—
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	—
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	—
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	—

Firma del miembro: _____

ANEXO
Parte 1
DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES

Fecha: 9 de diciembre de 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo **Celina De Lourdes Martínez de Miranda** identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01482348-6 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de **Asamblea(X)**, **Comité Ejecutivo ()**, **Dirección Ejecutiva ()**, **Receptor Principal ()**, **Sub Receptor ()** o **Sub Subreceptor()** a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Celina De Lourdes Martínez de Miranda

Cargo dentro del MCP-ES:

Miembro del Pleno / Coordinadora de Propuesta

Sector al que representa:

Cooperación

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	ONUSIDA
1b	¿Qué cargo ocupa?	Directora de país
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/ empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Coordinadora de propuestas
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No

Firma del miembro:



ANEXO
Parte 1
DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLITICA DE CONFLICTO DE INTERES Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES

Fecha: 9 de diciembre, 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo... Lucrecia Castillo identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N°... 171157338..... de nacionalidad... guatemalteca... como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de *Asamblea*(X), *Comité Ejecutivo* (), *Dirección Ejecutiva* (), *Receptor Principal* (), *Sub Receptor* () o *Sub Subreceptor*() a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente): Lucrecia Castillo Morales (titular)

Cargo dentro del MCP-ES: Asamblea General

Sector al que representa:

Cooperación bilateral

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional -USAID-
1b	¿Qué cargo ocupa?	Gerente de Programa
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/ empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	NA

Firma del miembro: _____



ANEXO**Parte 1****DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A
LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERES Y EL CODIGO DE ETICA DEL MCP-ES**Fecha: 3-12-2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Marta Alicia de Magaña identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 024-26614-9 de nacionalidad Salvadorense como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Marta Alicia de Magaña

Cargo dentro del MCP-ES:

Directora Ejecutiva del MCP-ES

Sector al que representa:

Dirección Ejecutiva MCP-ES

Firma del miembro:

Marta Alicia de Magaña

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	MCP-ES
1b	¿Qué cargo ocupa?	Director Ejecutivo
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	no
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	no
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	no
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	no
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Secretaría Técnica mcp-es
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	no
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro: _____

madimaguer

ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03-12-2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, Karla Eugenia Rivera Arcevala identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01601806-1 de nacionalidad Salvadorense como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (X), Receptor Principal (), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Karla Eugenia Rivera Arcevala

Cargo dentro del MCP-ES:

Asistente Técnico Administrativo

Sector al que representa:

Dirección Ejecutiva

Firma del miembro:

Karla Eugenia

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	MCP-ES
1b	¿Qué cargo ocupa?	Asistente Técnico Admin.
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	NO
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	NO
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro: Karl Schindl

ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 3 diciembre 2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo... Ara Guadalupe Flores Flores... identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01117814-1 de nacionalidad Salvadoreña... como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal () Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha, y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

Ara Guadalupe Flores Flores

Cargo dentro del MCP-ES:

Representante Receptor Principal

Sector al que representa:

Receptor Principal Ministerio de Salud

Firma del miembro:

[Firma]

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Ministerio de Salud
1b	¿Qué cargo ocupa?	Coordinador de Proyectos de Fondo Mundial
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	N/A
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	N/A
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro: _____


Ana Mercedes Flores

ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03/12/2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo Julia Garay Ramos identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01614258-7 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de *Asamblea* (), *Comité Ejecutivo* (), *Dirección Ejecutiva* (), *Receptor Principal* , *Sub Receptor* () o *Sub Subreceptor* () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, sometiéndome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES
(propietario o suplente):

Julia Garay Ramos

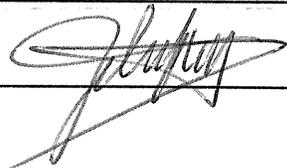
Cargo dentro del MCP-ES:

Representante de RP TB

Sector al que representa:

RP Minsal

Firma del miembro:



Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Minsal
1b	¿Qué cargo ocupa?	jefe del UTER
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	NO
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	NO
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	N/A
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	NO
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	Comite Ejecutivo Comite de Propuestas
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	NO
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	N/A

Firma del miembro: _____



ANEXO

Parte 1

DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO Y ADHERENCIA A LA POLÍTICA DE CONFLICTO DE INTERÉS Y EL CÓDIGO DE ÉTICA DEL MCP-ES

Fecha: 03-Dic-2020

Un real o potencial conflicto de interés se produce al tener un interés particular, privado, monetario o de cualquier índole, directa o indirectamente relacionado con la adopción de cualquier medida, decisión o transacción que pueda adoptar el MCP-ES que por ende pueda beneficiar indebidamente a quien suscribe el presente documento, a personas relacionadas a quien suscribe estos documentos, a la institución/organización a la que pertenezco o a una organización con la que me encuentre relacionado/a.

Por tanto:

Yo, María Isabel Mendoza..... identificado(a) con documento de identidad (DUI o Pasaporte) N° 01321430-9 de nacionalidad Salvadoreña como persona vinculada al MCP-ES al formar parte de Asamblea (), Comité Ejecutivo (), Dirección Ejecutiva (), Receptor Principal (X), Sub Receptor () o Sub Subreceptor () a través de la firma del presente documento, declaro la adherencia al Código de Ética y la ausencia de conflicto de interés en los procesos seguidos por el MCP-ES a la fecha; y me comprometo a manifestar en cualquier situación y bajo cualquier contexto a la instancia correspondiente del MCP-ES (según se describe en la Política de Gestión de Conflicto de Interés y Código de Ética) la existencia de un conflicto de intereses real o potencial que me involucre; así como circunstancias que objetivamente puedan originarlo, someténdome al procedimiento establecido para su resolución. Sea un conflicto de interés real o potencial, me abstendré de estar presente en cualquier discusión existente sobre el tema, no teniendo ni voz ni voto al respecto.

Me comprometo así mismo a cumplir con las normativas descritas en la Política de Gestión de conflicto de interés y el Código de Ética.

Si violase este compromiso, me someteré a las medidas que el MCP-ES adopte, pudiendo ser removido del cargo o representación que ejerzo. Me comprometo a dar a conocer la existencia de un real o potencial conflicto de interés a la institución o sector al que represento, para que estos puedan tomar las medidas que consideren pertinentes. Así, en aras de no perder su representatividad, el sector podrá seleccionar a otro representante ajeno al conflicto suscitado, para manifestar su posición y participar de las discusiones y toma de decisiones respectivas.

Nombre del miembro del MCP-ES

(propietario o suplente):

María Isabel Mendoza

Cargo dentro del MCP-ES:

RP

Sector al que representa:

Gobierno

Firma del miembro:

[Firma manuscrita]

Parte 2

Por favor responda a todas las preguntas a continuación

No	Pregunta	Respuesta
1a	¿En qué organización/institución trabaja?	Ministerio de Salud
1b	¿Qué cargo ocupa?	Coordinadora Fondos Externos.
2	¿Es usted miembro de la Junta Directiva de alguna organización? En caso afirmativo, por favor enumere la(s) organización(es).	No
3	¿Es usted propietario, copropietario o accionista de un negocio privado? En caso afirmativo, por favor enumere el (los) negocio(s).	No
4	¿Actualmente alguna de sus organizaciones o empresas afiliadas, anteriormente enumeradas, disfruta como receptor principal o subreceptor o sub subreceptor de una subvención del Fondo Mundial? En caso afirmativo, por favor indique la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	—
5	¿Algún pariente cercano suyo trabaja en alguna organización/empresa/institución que actualmente funja como receptor principal, sub receptor o sub subreceptor o contratista de bienes o servicios de una donación del Fondo Mundial, o tiene dicho pariente, un interés propietario en dicha organización? En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la persona, el cargo que ocupa, el nombre de la organización/empresa/institución y el nombre del programa (VIH, TB o Malaria)	No
6	¿Ocupa usted un cargo dentro del MCP (Comité Ejecutivo, Dirección Ejecutiva, comité permanente o adhoc, etc.) En caso afirmativo, por favor identifique el cargo e indique si desempeña una función rectora en el mismo (p. Ej., Presidencia, Vicepresidencia, Secretaría, Coordinador, Sub Coordinador, etc.)	No
7	¿Presenta la misión o las políticas de la organización para la cual usted trabaja un conflicto, o tienen el potencial de presentar un conflicto, con la estrategia nacional de lucha contra las enfermedades (VIH, TB y Malaria) En caso afirmativo, por favor indique con cuál enfermedad y la manera en que presentan un conflicto	No aplica
8	Por favor enumere toda afiliación o situación adicional que, en su opinión, tiene el potencial de crear para usted un conflicto de intereses en sus funciones como persona vinculada al MCP-ES.	No aplica

Firma del miembro: _____

