**DECLARACIÓN JURADA PARA RENOVACIÓN DE ACREDITACIÓN PARA ORGANIZACIONES DE ADMINISTRACIÓN/INVESTIGACIÓN POR CONTRATO**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de identificación/pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la organización de (administración/ investigación) por contrato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ubicado en provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cantón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, distrito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otras señas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DECLARO BAJO FE DE JURAMENTO LO SIGUIENTE:**

**Primero.** Que la organización de (administración/ investigación) por contrato denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, posee un certificado de acreditación vigente extendido por el CONIS con el número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Segundo.** Que mi representada cuenta con el Permiso Sanitario de Funcionamiento No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, extendido por la Dirección de Área Rectora de Salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y cuya fecha de vencimiento es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: este corresponde al permiso de las oficinas de mi representada.

**Tercero.** Que mi representada posee el número de Cédula Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Cuarto**. Que mi representada posee un reglamento interno de funcionamiento y un manual de procedimientos internos de trabajo vigente en su versión No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que cualquier modificación ha sido debidamente comunicada al CONIS..

**Quinto.** Que mi representada cuenta con una estructura administrativa adecuada y suficiente para cumplir con las funciones que le exige la Ley 9234 y su Reglamento

**Sexto.** Que la infraestructura física, de recursos humanos y recursos informáticos es la siguiente:

|  |  |
| --- | --- |
| Apartado | Descripción |
| Estructura Física | (Cantidad y tipo de aposentos: oficina, sala de reuniones, salas de espera, salas para procedimientos, servicios de salud habilitados, etc.) |
| Recurso Humano | (Cantidad, tipo y funciones de los colaboradores de la organización) |
| Recurso Informático | (Cantidad de equipo, tipo de programas informáticos, seguridad de la información.) |

**Sétimo.** Que todo el personal correspondiente cuenta con capacitación documentada del personal de la OAC/ OIC en Buenas Prácticas Clínicas, renovada al menos cada tres años con un programa avalado por el Conis.

**Octavo.** Que todo el personal correspondiente cuenta con compromiso firmado de cumplir con lo establecido en la Ley Nº 9234, el reglamento y las Buenas Prácticas Clínicas.

**Noveno.** Que todo el personal correspondiente cuenta con compromiso firmado del personal de declarar cualquier conflicto de interés.

**Décimo.** Que todo el personal posee un compromiso firmado del personal de guardar la confidencialidad.

**Undécimo.** Por lo anterior, exonero de toda responsabilidad a las autoridades del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de Investigación en Salud por renovar la acreditación de la (OAC/OIC) con base en la presente declaración, y entiendo plenamente que la autoridad de salud correspondiente procederá a cancelar dicha acreditación, para la cual solicito la renovación.

Entiendo y acepto que, si se llegase a corroborar alguna falsedad en la presente declaración, o bien se llegase a comprobar que no se cumplen con las normativas sanitarias que le sean aplicables a mi actividad, que en caso de incumplir con la ley 9234 y su reglamento me puedo ver sometido a un proceso administrativo y al régimen disciplinario contenido en estas normas.

Entiendo y acepto que a pesar de que se dé la renovación de mi representada, esto no inhibe al CONIS a realizar inspecciones de control sobre las operaciones de mi representada y el cumplimiento de lo aquí declarado.

ES TODO.

Firmo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ horas del día\_\_\_\_\_\_\_\_ del mes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Es auténtica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_