

## PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR LA INCOMPATIBILIDAD SOBREVENIDA DE ALGÚN MIEMBRO DEL CEIM-Ca

**Objetivo:** Evaluar y Actuar en caso de Incompatibilidad

**Ámbito de aplicación:** CEIm de Cantabria

Fecha de elaboración	Fecha de aprobación	Nº de Acta	Número de Versión
22/01/2026	23/01/2026	2/2026	2.0
Firmas			
<b>Presidente/a:</b>	<b>Secretaria Técnica:</b>		
<b>Noelia Vega Gil</b>	<b>Covadonga Catalina Castro Fernández</b>		

### 1. PROCEDIMIENTO PARA DECLARAR LA INCOMPATIBILIDAD SOBREVENIDA DE ALGÚN MIEMBRO DEL CEIm-Ca.

#### 1.1. CAUSAS

La pertenencia al CEIm-Ca será incompatible con cualquier clase de intereses derivados de la fabricación y venta de medicamentos y productos sanitarios.

Ni el CEIm-Ca en su conjunto, ni ninguno de sus miembros, podrán percibir directa ni indirectamente remuneración alguna por parte del promotor del estudio.

Sus miembros garantizarán la confidencialidad mediante una declaración de conflicto de intereses, que deberán hacer pública de forma anual.

#### 1.2. EVALUACIÓN POR EL COMITÉ

En caso de sospecha manifiesta de que algún miembro del CEIm-Ca ostente causa de incompatibilidad, el comité en reunión extraordinaria, tras ser oído, estudiará su situación, y, en su caso, procederá a su cese inmediato por incumplimiento de sus obligaciones como miembro del CEIm-Ca.

#### 1.3. DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO

\* Declaración de conflicto de intereses.

# PNT N° 9

## DECLARACIÓN DE INTERESES

Yo,  NIF:

Correo electrónico

Centro de trabajo

CEIm

Por la presente declaro que los únicos intereses directos o indirectos que tengo en la fabricación, distribución y venta de medicamentos y productos sanitarios son los siguientes:

Actividades o intereses en empresas con actividad de fabricación, distribución o venta de medicamentos o productos sanitarios	Sí/No	Actualmente o en el año anterior	Hace más de 1 año pero menos da 5	Hace más de 5 años
Empleado				
Consultor o asesor				
Investigador coordinador				
Investigador principal				
Miembro de comité de dirección o de consejo de administración				
Accionista				

Si se ha contestado afirmativamente en alguna de las casillas anteriores, debe aportarse información adicional respecto a la actividad, la compañía/empresa y los productos implicados:

	Periodo de actividad	Empresa	Producto
Empleado			
Consultor o asesor			
Investigador coordinador			
Investigador principal			
Miembro de comité de dirección o de consejo de administración			

Accionista			
Otras			

*\*Así mismo, se debe indicar si existe algún grado de parentesco de consanguinidad hasta 4º grado o de afinidad hasta 2º grado con personas que mantengan o hayan mantenido vínculos con las entidades enumeradas o con otras que supongan o puedan suponer un motivo de conflicto de intereses en el desempeño de sus funciones (artículo 23 de la ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público)*

Además, manifiesto que no existe otra actividad o interés que pueda interferir en mi independencia para la toma de decisiones.

Si hubiera algún cambio por nueva adquisición de intereses, lo notificaría a la mayor brevedad a este Comité de ética en investigación con medicamentos y cumplimentaría una nueva declaración de intereses detallando los cambios.

Por otra parte, si en algún momento se presentase alguna situación de conflicto derivada de la práctica profesional habitual, pública o privada, o de la pertenencia a sociedades científicas, grupos colaborativos, redes de investigación, asociaciones de pacientes, etc., o debida a relaciones de amistad, familiares o de dependencia de cualquier otra naturaleza, lo manifestaré al comité para que éste tome la decisión oportuna sobre mi participación en ese caso,

FIRMA:

FECHA: