FORMATO DE DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

Yo, _____

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Con cargo de:	
	Puesto

Adscrito a:	
	Señalar Unidad Auditora o Administrativa y Dirección General de adscripción

DECLARACIÓN DE NO CONFLICTO DE INTERESES

Hago constar que con esta fecha he recibido el documento "Directrices en la ASF para prevenir el conflicto de intereses" y una vez leído declaro que estoy informado de que la ASF espera que yo dé cumplimiento a los artículos 22 de la Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación; 8 y 9 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como al principio de Independencia Numeral 2.3 contenido en el Código de Ética de la ASF.

Asimismo, me comprometo a informar oportunamente y por escrito al Titular de la Unidad Administrativa a la que me encuentro adscrito, cualquier impedimento o conflicto de interés de tipo profesional o contractual derivado de esta declaración o cualquier otro que sea de mi conocimiento, y observar sus instrucciones dadas por escrito para su atención, tramitación y resolución.

Por otra parte, me comprometo a que durante el desarrollo de mis funciones no solicite, acepte o reciba por mí o por interpósita persona dinero, bienes muebles o inmuebles mediante enajenación en precio notoriamente inferior al que tenga en el mercado ordinario, donaciones, servicios, empleos, cargos o comisiones para mí o para las personas a que refiere la fracción XI del artículo 8 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, que procedan de cualquier persona física o moral que impliquen un conflicto de intereses.

De igual manera, desempeñaré las funciones y actividades que me sean asignadas bajo principios de imparcialidad, objetividad y con apego a la legalidad.

En el ejercicio de mis funciones es posible que tenga acceso a información confidencial, por lo que bajo protesta de decir verdad, guardaré de manera estricta y absoluta, una conducta de confidencialidad, reserva y secrecía, por mi parte así como de cualquier otra persona con la que guarde una relación profesional de trabajo, familiar por consaguinidad o afinidad hasta el cuarto grado, que pudiera beneficiarse con el uso de información o documentación.

Acepto que esta declaración es una reflexión individual y compromiso personal con la Auditoría Superior de la Federación, y conozco las disposiciones legales, reglamentarias y éticas que rigen a esta Institución, así como los alcances y consecuencias de mi incumplimiento.

Nombre y firma

México, D.F., a __ de _____ de _____.