# 

# ANEXO 10. C.I.F.E.

## *CARTA DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERÉS.*

## *COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA (C.I.F.E.).*

***Número de Proyecto de Investigación asignado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología (C.I.F.E.)***

***P R E S E N T E***

***Nombre del Proyecto de Investigación:***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**CARTA DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERÉS.**

***El que suscribe, [Nombre completo del evaluador], Docente adscrito a [Dependencia correspondiente, e.g., Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla], y evaluador designado por el Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología (C.I.F.E). de esta Benemérita Institución, manifiesto bajo protesta de decir verdad lo siguiente:***

***1.- Conocimiento y cumplimiento de las obligaciones:  
Reconozco y acepto las responsabilidades inherentes a mi función como evaluador, conforme a las disposiciones establecidas en el Manual de Procedimientos del Comité de Investigación de la Facultad de Estomatología (C.I.F.E).***

***2.- Declaración de imparcialidad y objetividad:  
Afirmo no tener interés académico, profesional o personal alguno que pueda influir en mi capacidad para evaluar, con la máxima objetividad e imparcialidad, el Proyecto de Investigación titulado:  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
En el cumplimiento de mis funciones, me comprometo a anteponer el interés ético y científico por encima de cualquier interés personal.***

***3.-Compromiso de notificación:  
En caso de identificar durante el proceso de revisión algún conflicto de interés académico o personal relacionado con el proyecto evaluado, me comprometo a notificar de inmediato tal situación al Comité mediante el correo electrónico*** [***investigación.estomatologia@correo.buap.mx***](mailto:investigación.estomatologia@correo.buap.mx)***; a fin de que se adopten las medidas pertinentes.***

***PROTESTO LO NECESARIO***

***A t e n t a m e n t e***

***“Pensar bien, para vivir mejor”***

***H. Puebla de Z., a (fecha vigente) del 2025***

***Nombre y firma, del Docente Evaluador del Proyecto de Investigación.***