



COMPROMISO DE IMPARCIALIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

El Laboratorio Nacional de Salud (LNS) como laboratorio de referencia, siendo parte de sus funciones la validación y verificación de métodos de diagnóstico para asegurar la calidad de los productos y reactivos afines, El Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA (PNS) como encargado a nivel nacional de la promoción de la salud, prevención vigilancia epidemiológica, control, diagnóstico, atención y seguimiento de las ITS, VIH y SIDA, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá –INCAP- y Subvención VIH-Fondo Mundial, como Organización No Gubernamental (ONG) reconocida por el Estado que contribuye con labores de prevención y atención en salud y desarrollo dentro del Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, Sífilis congénita, Hepatitis B y Chagas (ETMI), consideran como estratégico garantizar la imparcialidad, independencia, integridad y confidencialidad en el ejercicio de sus actividades.

Las casas distribuidoras de productos y reactivos para análisis clínico, que contemplen participar en el estudio de Verificación de Pruebas para el Diagnóstico Serológico de Infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y *Treponema pallidum* (Sífilis), se comprometen a respetar la imparcialidad, independencia, integridad y confidencialidad del Laboratorio Nacional de Salud.

La participación en el estudio no garantiza la idoneidad del desempeño de la prueba, por lo que las casas distribuidoras de productos y reactivos de análisis clínico, se comprometen a la no utilización de la información de su participación en este estudio con fines de comercialización de la prueba, a excepción de los resultados obtenidos: sensibilidad y especificidad.

Se le exime al Ministerio de Salud Pública y a sus dependencias de la responsabilidad que pudiera tener por la aceptación de participación en el estudio. La casa distribuidora de productos y reactivos de laboratorio de análisis clínico declara firmemente el pacto de no accionar y renuncia a las acciones por los resultados obtenidos durante el estudio contra Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cualquiera de sus dependencias, servidores públicos, personas involucradas en el estudio o funcionarios.

COMPROMISO

Yo, _____ de _____ años de edad, me identifico con Documento personal de Identificación –DPI- con código único de identificación –CUI- número: _____ extendido en _____, en mi calidad de _____, de la entidad _____, que acredito mi _____ calidad _____, Y para los intereses que a Laboratorio Nacional de Salud convengan, firmo la presente enterado(a) de contenido, objeto, validez y demás efectos legales, la acepto, ratifico y firmo en el municipio de Villa Nueva, departamento de Guatemala, el día _____ de _____ del año dos mil _____.

F) _____

FIRMA DE ACEPTADO