

COPIA FIEL DE ORIGINAL

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
OFICINA DE PARTES REGION 05
REFERENCIA

59200 28 ABR 2015



152015042859200

DECLARACION DE INTERESES PARA FUNCIONARIOS REGIDOS POR EL DS. N° 99, DE 2000, DEL MINISTERIO SECRETARIA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

I. DATOS DE LA DECLARACION

FECHA DE LA DECLARACIÓN	CIUDAD	REGIÓN	TIPO DE DECLARACIÓN
15/04/2015	Quilicura	V	<input checked="" type="checkbox"/> Primera declaración <input type="checkbox"/> Actualización periódica <input type="checkbox"/> Actualización por hecho relevante
R.U.T.			
[REDACTED]			

II. DATOS DEL DECLARANTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
Devia	BALBONÍN	LILIANA MARCELA
PROFESION U OFICIO	DOMICILIO	
Médico Cirujano	[REDACTED]	
INSTITUCION U ORGANISMO	DEPENDENCIA	CARGO
HOSPITAL DE Quilicura	SSUMQ	SUBDIRECCIONA MEDICA
GRADO	ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	LUGAR EN QUE SE DESEMPEÑA
22/28 horas	10 días	SUBDIRECCION MEDICA

III. ACTIVIDADES PROFESIONALES

1. ACTIVIDADES INDIVIDUALES
PROFESIONES U OFICIOS EJERCIDOS EN FORMA INDEPENDIENTE

2. ACTIVIDADES DEPENDIENTES		
ACTIVIDAD	TIPO DE CONTRATACION	REMUNERACION MENSUAL
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	RUT DEL EMPLEADOR
ACTIVIDAD	TIPO DE CONTRATACION	REMUNERACION MENSUAL
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	RUT DEL EMPLEADOR
ACTIVIDAD	TIPO DE CONTRATACION	REMUNERACION MENSUAL
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	RUT DEL EMPLEADOR

FECHA DE PUBLICACION (si corresponde)	ANTIGÜEDAD DE LA PARTICIPACION (años)
TIPO DE PARTICIPACION	PARTICIPACION EN LA ADMINISTRACION
<input type="checkbox"/> Capital: <input type="checkbox"/> Porcentaje de participación en el capital: <input type="checkbox"/> Trabajo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACION


2. ACTIVIDADES INDIVIDUALES	
INDUSTRIA O COMERCIO DESARROLLADOS EN FORMA INDEPENDIENTE	CAPITAL APROXIMADO

V. DECLARACION

- DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES EXPRESION FIEL DE LA VERDAD.
- DECLARO ESTAR EN CONOCIMIENTO DE LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR ESTA DECLARACION CADA CUATRO AÑOS O CADA VEZ QUE OCURRA ALGUN HECHO RELEVANTE QUE MODIFIQUE SU CONTENIDO.

VI. AUTENTIFICACION Y DATOS DEL MINISTRO DE FE

LA PRESENTE DECLARACION SE EXTIENDE EN TRES EJEMPLARES IDENTICOS AUTENTIFICADOS POR EL MINISTRO DE FE QUE SUSCRIBE		
ELIZABETH JORQUEPA LEYTON		[REDACTED]
NOMBRE COMPLETO DEL MINISTRO DE FE		RUT DEL MINISTRO DE FE
ADMINISTRATIVO	22°	H.S.M.Q
CARGO QUE OCUPA	GRADO	ENTIDAD U ORGANISMO


 FIRMA DEL DECLARANTE


 FIRMA Y TIMBRE DEL MINISTRO DE FE
 MINISTRO DE FE