



DECLARACIÓN JURADA DE INTERES

1- DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE

NOMBRE Y APELLIDO	ANGEL DAVID NUÑEZ RIVEROS				
CEDULA DE IDENTIDAD	3.626.428	Casado	Soltero	Divorciado	Viudo

2- DATOS LABORALES ACTUALES DEL DECLARANTE

INSTITUCION	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR				
CARGO QUE OCUPA:	ENCARGADO DE LA DIRECCION DE TERAPIAS INTENSIVAS				
	PERMANENTE	CONTRATADO	COMISIONADO		
FUNCIONARIO			SI / NO		
Si ha marcado (SI) como Comisionado completar los siguientes datos					
INSTITUCION DE ORIGEN					
CARGO DE INSTITUCION DE ORIGEN					

3- DATOS SOBRE ACTIVIDADES DESEMPEÑADAS EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS

a) Identificación de todos los cargos públicos o posiciones ocupadas (Ver Instructivo punto 3 inc."a")

MEDICO DE GUARDIA- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS RESPIRATORIOS -HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUA- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

MEDICO DE GUARDIA: UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA - INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL.

COORDINADOR DE AUDITORIAS MEDICAS DE LA DIRECCION DE TERAPIAS INTENSIVAS - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

ENCARGADO DE LA DIRECCION DIRECCION DE TERAPIAS INTENSIVAS - MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.

Declaro bajo de fe de juramento que los datos consignados son el fiel reflejo de la realidad, sin omisiones de ninguna índole.

Firma del Funcionario o Empleado Público

Angel D. Nuñez R.
 Director
 Dirección de Terapias Intensivas
 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

b) Detalle de la participación en cuerpos colegiados, sea remunerado u honorario (Ver Instructivo punto 3 inc. "b")

Empty box for detailing participation in collegial bodies, crossed out with a diagonal line.

c) Si ejerciere o hubiera ejercido actividades profesionales, nómina de todas las personas físicas o jurídicas a las que haya prestado servicios. (Ver Instructivo punto 3 inc. "c")

Nómina de las personas físicas o jurídicas	Relación de Servicio prestado
/	

Declaro bajo de fe de juramento que los datos consignados son el fiel reflejo de la realidad, sin omisiones de ninguna índole.

Firma del Funcionario o Empleado Público


D. NÚÑEZ R.
Dirección de Terapia y Rehabilitación
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social