



TETĀ REKUĀI  
POŨŨŨ  
Nānhyhā  
Secretaría  
NACIONAL  
ANTICORRUPCIÓN

TETĀ REKUĀI  
GOBIERNO NACIONAL

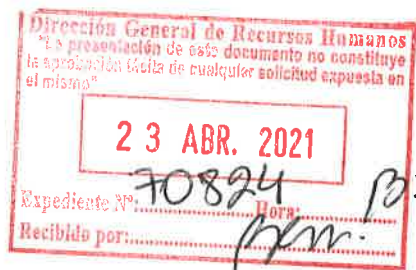
Paraguái  
tetãguirã  
mba'e

| DECLARACIÓN JURADA DE INTERES                                                                          |                                     |                                             |                                   |                                      |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| 1- DATOS PERSONALES DEL DECLARANTE                                                                     |                                     |                                             |                                   |                                      |                                 |
| NOMBRE Y APELLIDO                                                                                      |                                     | Liz Mabel Oureido Rolón                     |                                   |                                      |                                 |
| CEDULA DE IDENTIDAD                                                                                    | 2370228                             | Casado: <input checked="" type="checkbox"/> | Soltero: <input type="checkbox"/> | Divorciado: <input type="checkbox"/> | Viudo: <input type="checkbox"/> |
| 2- DATOS LABORALES ACTUALES DEL DECLARANTE                                                             |                                     |                                             |                                   |                                      |                                 |
| INSTITUCION                                                                                            |                                     | Dirección                                   |                                   |                                      |                                 |
| CARGO QUE OCUPA:                                                                                       |                                     | Jefa de Dpp de uso Racional de Medicamento  |                                   |                                      |                                 |
|                                                                                                        | PERMANENTE                          | CONTRATADO                                  | COMISIONADO                       |                                      |                                 |
| FUNCIONARIO                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>          |                                      |                                 |
| 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") |                                     |                                             |                                   |                                      |                                 |
| Directora de Salud Pública - Hospital General de Barrio Obrero                                         |                                     |                                             |                                   |                                      |                                 |

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

Firma del Funcionario o  
Empleado Público

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



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")**

[illegible]

**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

**4- DATOS REFERENTE A PARIENTES DEL DECLARANTE (Ver Instructivo Punto 4)**

[illegible]

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