



INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER  
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

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

**I. DATOS DE LA DECLARACION**

|                         |    |      |          |               |  |
|-------------------------|----|------|----------|---------------|--|
| FECHA DE LA DECLARACION |    |      | CIUDAD   | REGION        | TIPO DE DECLARACION<br><input checked="" type="checkbox"/> Primera declaración<br><input type="checkbox"/> Actualización periódica<br><input type="checkbox"/> Actualización por hecho relevante |
| 18                      | 10 | 2019 | SANTIAGO | METROPOLITANA |  |

**II. DATOS DEL DECLARANTE**

|                  |                  |            |
|------------------|------------------|------------|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES    |
| SALINAS          | CONTES           | MAURO JOAN |

|                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| PROFESION U OFICIO         | DOMICILIO                  |
| Ingeniero Civil Industrial | PONTEDRA 1226, MATIQUENDES |

INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER Servicio de Salud METROPOLITANA Norte Director

|                         |                        |                           |
|-------------------------|------------------------|---------------------------|
| INSTITUCION U ORGANISMO | DEPENDENCIA            | CARGO                     |
| GRADO                   | ANTIGÜEDAD EN EL CARGO | LUGAR EN QUE SE DESEMPEÑA |
| 7                       | 1                      | AV. ZANATU 1010           |

**III. ACTIVIDADES PROFESIONALES**

**1. ACTIVIDADES INDIVIDUALES**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

**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 |
|                               |                                     |                      |





**INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER  
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

|                               |                                     |                      |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| ACTIVIDAD                     | TIPO DE CONTRATACION                | REMUNERACION MENSUAL |
|                               |                                     |                      |
| ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años) | NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR | RUT DEL EMPLEADOR    |
|                               |                                     |                      |

**3. COLABORACIONES O APORTES A PERSONAS JURIDICAS SIN FINES DE LUCRO**

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA   |  | TIPO DE PERSONA JURIDICA   |  |
| RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA  |  | <input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público<br><input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Privado<br><input type="checkbox"/> Fundación<br><input type="checkbox"/> Asociación Gremial<br><input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores<br><input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria<br><input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa<br><input type="checkbox"/> Partido político<br><input type="checkbox"/> Otra (especificar): |  |
| NATURALEZA DEL VINCULO   |  | <input type="checkbox"/> Socio<br><input type="checkbox"/> Colaborador<br><input type="checkbox"/> Otro (indicar):   |  |
| ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)  |  | <input type="checkbox"/> 3 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones<br><input type="checkbox"/> Mensualmente<br><input type="checkbox"/> Otra:   |  |
| PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION   |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACION   |  |
| FRECUENCIA ANUAL   |  | TIPO DE COLABORACION O APORTE  |  |
| <input type="checkbox"/> 3 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones<br><input type="checkbox"/> Mensualmente<br><input type="checkbox"/> Otra: |  | <input type="checkbox"/> Cuotas<br><input type="checkbox"/> Servicios profesionales<br><input type="checkbox"/> Otros aportes (describir):   |  |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA   |  | TIPO DE PERSONA JURIDICA   |  |
| RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA  |  | <input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público<br><input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Privado<br><input type="checkbox"/> Fundación<br><input type="checkbox"/> Asociación Gremial<br><input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores<br><input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria<br><input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa<br><input type="checkbox"/> Partido político<br><input type="checkbox"/> Otra (especificar): |  |
| NATURALEZA DEL VINCULO   |  | <input type="checkbox"/> Socio<br><input type="checkbox"/> Colaborador<br><input type="checkbox"/> Otro (indicar):   |  |
| ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)  |  | <input type="checkbox"/> 3 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones<br><input type="checkbox"/> Mensualmente<br><input type="checkbox"/> Otra:   |  |
| PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION   |  | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACION   |  |
| FRECUENCIA ANUAL   |  | TIPO DE COLABORACION O APORTE  |  |
| <input type="checkbox"/> 3 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones<br><input type="checkbox"/> Mensualmente<br><input type="checkbox"/> Otra: |  | <input type="checkbox"/> Cuotas<br><input type="checkbox"/> Servicios profesionales<br><input type="checkbox"/> Otros aportes (describir):   |  |



**INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER  
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Socio<br><input type="checkbox"/> Colaborador<br><input type="checkbox"/> Otro (indicar):   |  | <input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores<br><input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria<br><input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa<br><input type="checkbox"/> Partido político<br><input type="checkbox"/> Otra (especificar): |
| ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)  |  |   |
| FRECUENCIA ANUAL   | PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION   | TIPO DE COLABORACION O APORTE   |
| <input type="checkbox"/> 3 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones<br><input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones<br><input type="checkbox"/> Mensualmente<br><input type="checkbox"/> Otra: | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACION | <input type="checkbox"/> Cuotas<br><input type="checkbox"/> Servicios profesionales<br><input type="checkbox"/> Otros aportes (describir):  |

**IV. ACTIVIDADES ECONOMICAS**

**1. PARTICIPACIONES EN PERSONAS JURIDICAS CON FINES DE LUCRO**

|   |  |
|---|--|
| NOMBRE DE LA SOCIEDAD   | TIPO DE SOCIEDAD   |
| RUT DE LA SOCIEDAD  | <input type="checkbox"/> Anónima Abierta<br><input type="checkbox"/> Anónima Cerrada<br><input type="checkbox"/> Responsabilidad limitada<br><input type="checkbox"/> En comandita simple<br><input type="checkbox"/> En comandita por acciones<br><input type="checkbox"/> Colectiva Civil<br><input type="checkbox"/> Colectiva Comercial<br><input type="checkbox"/> De Hecho<br><input type="checkbox"/> Asociación o Cuentas en participación<br><input type="checkbox"/> Otra (especificar): |
| FECHA DE LA CONSTITUCION DE LA SOCIEDAD (escritura)   |  |
| FECHA Y NUMERO DE LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE COMERCIO   |  |
| FECHA DE PUBLICACION (si corresponde)   |  |
| TIPO DE PARTICIPACION   | PARTICIPACION EN LA ADMINISTRACION   |
| <input type="checkbox"/> Capital:<br><input type="checkbox"/> Porcentaje de participación en el capital:<br><input type="checkbox"/> Trabajo: | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACION   |
| NOMBRE DE LA SOCIEDAD   | TIPO DE SOCIEDAD   |
| RUT DE LA SOCIEDAD  | <input type="checkbox"/> Anónima Abierta<br><input type="checkbox"/> Anónima Cerrada<br><input type="checkbox"/> Responsabilidad limitada<br><input type="checkbox"/> En comandita simple<br><input type="checkbox"/> En comandita por acciones<br><input type="checkbox"/> Colectiva Civil<br><input type="checkbox"/> Colectiva Comercial<br><input type="checkbox"/> De Hecho<br><input type="checkbox"/> Asociación o Cuentas en participación<br><input type="checkbox"/> Otra (especificar): |
| FECHA DE LA CONSTITUCION DE LA SOCIEDAD (escritura)   |  |
| FECHA Y NUMERO DE LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE COMERCIO   |  |





**INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER  
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

|   |  |
|---|--|
| FECHA DE PUBLICACION (si corresponde)   | ANTIGÜEDAD DE LA PARTICIPACION (años)  |
| TIPO DE PARTICIPACION   | PARTICIPACION EN LA ADMINISTRACION   |
| <input type="checkbox"/> Capital:<br><input type="checkbox"/> Porcentaje de participación en el capital:<br><input type="checkbox"/> Trabajo: | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACION   |
| NOMBRE DE LA SOCIEDAD   | TIPO DE SOCIEDAD   |
| RUT DE LA SOCIEDAD  | <input type="checkbox"/> Anónima Abierta<br><input type="checkbox"/> Anónima Cerrada<br><input type="checkbox"/> Responsabilidad limitada<br><input type="checkbox"/> En comandita simple<br><input type="checkbox"/> En comandita por acciones<br><input type="checkbox"/> Colectiva Civil<br><input type="checkbox"/> Colectiva Comercial<br><input type="checkbox"/> De Hecho<br><input type="checkbox"/> Asociación o Cuentas en participación<br><input type="checkbox"/> Otra (especificar): |
| FECHA DE LA CONSTITUCION DE LA SOCIEDAD (escritura)   |  |
| FECHA Y NUMERO DE LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO DE COMERCIO   |  |
| FECHA DE PUBLICACION (si corresponde)   |  |
| TIPO DE PARTICIPACION   | PARTICIPACION EN LA ADMINISTRACION   |
| <input type="checkbox"/> Capital:<br><input type="checkbox"/> Porcentaje de participación en el capital:<br><input type="checkbox"/> Trabajo: | <input type="checkbox"/> SI<br><input type="checkbox"/> NO<br><input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACION   |

| 2. ACTIVIDADES INDIVIDUALES |  |
|-----------------------------|--|
|                             |  |
|                             |  |
|                             |  |

**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.**



**INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER**  
**SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

**VI. AUTENTIFICACION Y DATOS DEL MINISTRO DE FE**

**LA PRESENTE DECLARACION SE EXTIENDE EN TRES EJEMPLARES IDENTICOS AUTENTICADOS POR EL MINISTRO DE FE QUE SUSCRIBE**

|   |            |                                      |
|---|------------|--------------------------------------|
| <b>ANA GRACIELA IRARRAZAVAL BARRAZA</b> |            | <b>6.000.001.4</b>                   |
| NOMBRE COMPLETO DEL MINISTRO DE FE      |            | RUT DEL MINISTRO DE FE               |
| <b>ADMINISTRATIVO</b>                   | <b>14º</b> | <b>INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER</b> |
| CARGO QUE OCUPA                         | GRADO      | ENTIDAD U ORGANISMO                  |

  
FIRMA DEL DECLARANTE

  
FIRMA Y TIMBRE DEL MINISTRO DE FE