

1235811

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

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD DE PERSONAL  
8 ABR 2014  
RECEPCION

CONTRALORIA GENERAL  
DE LA REPUBLICA  
OFICINA GENERAL DE PARTES  
REFERENCIAS  
181994 10 ABR 2014  
11320140410181994

**I. DATOS DE LA DECLARACION**

FECHA DE LA DECLARACION			CIUDAD	REGION	TIPO DE DECLARACION <input checked="" type="checkbox"/> Primera declaración <input type="checkbox"/> Actualización periódica <input type="checkbox"/> Actualización por hecho relevante
02	04	2014	SANTIAGO	RM	

**II. DATOS DEL DECLARANTE**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
BURROWS	OYARZUN	JAIME EDUARDO

PROFESIÓN U OFICIO	DOMICILIO
MEDICO CIRUJANO	

INSTITUCION U ORGANISMO	DEPENDENCIA	CARGO
MINISTERIO DE SALUD	SUBSECRETARIA SALUD PUBLICA	SUBSECRETARIO SALUD PUBLICA

GRADO	FECHA EN QUE ASUMIO EL CARGO	LUGAR EN QUE SE DESEMPEÑA
C	11.03.2014	SANTIAGO

**III. ACTIVIDADES PROFESIONALES**

<b>1. ACTIVIDADES INDIVIDUALES</b>
MEDICO CIRUJANO – PEDIATRA – ACADEMICO
PROFESIONES U OFICIOS EJERCIDOS EN FORMA INDEPENDIENTE

<b>2. ACTIVIDADES DEPENDIENTES</b>		
ACTIVIDAD	TIPO DE CONTRATACION	REMUNERACION MENSUAL
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)	NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL EMPLEADOR	RUT DEL EMPLEADOR
ACTIVIDAD	TIPO DE CONTRATACION	REMUNERACIÓN 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 JURÍDICA	
PARTIDO DEMOCRATA CRISTIANO		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público	
RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Privado	
71.468.400-0		<input type="checkbox"/> Fundación	
NATURALEZA DEL VINCULO		<input type="checkbox"/> Asociación Gremial	
<input type="checkbox"/> Socio		<input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores	
<input type="checkbox"/> Colaborador		<input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria	
X Otro (indicar): MILITANTE		<input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa	
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)		X Partido político	
20 AÑOS		<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	
FRECUENCIA ANUAL	PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION	TIPO DE COLABORACIÓN O APORTE	
<input type="checkbox"/> 3 ocasiones	<input type="checkbox"/> SI	X Cuotas	
<input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones	X NO	<input type="checkbox"/> Servicios profesionales	
<input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones	<input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACIÓN	<input type="checkbox"/> Otros aportes (describir):	
X Mensualmente			
<input type="checkbox"/> Otra:			
NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA		TIPO DE PERSONA JURÍDICA	
IGLESIA CATOLICA		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público	
RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Privado	
70.004.880-2		<input type="checkbox"/> Fundación	
NATURALEZA DEL VINCULO		<input type="checkbox"/> Asociación Gremial	
<input type="checkbox"/> Socio		<input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores	
<input type="checkbox"/> Colaborador		<input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria	
X Otro (indicar): FIEL		X Iglesia o entidad religiosa	
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)		<input type="checkbox"/> Partido político	
41 AÑOS		<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	
FRECUENCIA ANUAL	PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION	TIPO DE COLABORACIÓN O APORTE	
<input type="checkbox"/> 3 ocasiones	<input type="checkbox"/> SI	X Cuotas	
<input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones	X NO	<input type="checkbox"/> Servicios profesionales	
<input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones	<input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACIÓN	<input type="checkbox"/> Otros aportes (describir):	
X Mensualmente			
<input type="checkbox"/> Otra:			
NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA		TIPO DE PERSONA JURÍDICA	
SOCIEDAD CHILENA PEDIATRIA		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público	
RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA		X Corporación de Derecho Privado	
82.599.500-5		<input type="checkbox"/> Fundación	
NATURALEZA DEL VINCULO		<input type="checkbox"/> Asociación Gremial	
X Socio		<input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores	
<input type="checkbox"/> Colaborador		<input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria	
<input type="checkbox"/> Otro (indicar):		<input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa	
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)		<input type="checkbox"/> Partido político	
10 AÑOS		<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	
FRECUENCIA ANUAL	PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION	TIPO DE COLABORACIÓN O APORTE	

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

NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA		TIPO DE PERSONA JURÍDICA	
COLEGIO MEDICO DE CHILE		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público	
RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Privado	
82.621.700-6		<input type="checkbox"/> Fundación	
NATURALEZA DEL VINCULO		<input checked="" type="checkbox"/> Asociación Gremial	
<input checked="" type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Colaborador Otro (indicar):		<input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores	
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)		<input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria	
16 AÑOS		<input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa	
FRECUCENCIA ANUAL		TIPO DE COLABORACIÓN O APORTE	
PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION		Partido político	
<input type="checkbox"/> 3 ocasiones <input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones <input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones <input checked="" type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otra:		<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> Cuotas	
		<input type="checkbox"/> Servicios profesionales	
		<input type="checkbox"/> Otros aportes (describir):	
NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA		TIPO DE PERSONA JURÍDICA	
FUNDACION PATERNITAS		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público	
RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Privado	
75.596.000-4		<input checked="" type="checkbox"/> Fundación	
NATURALEZA DEL VINCULO		<input type="checkbox"/> Asociación Gremial	
<input type="checkbox"/> Socio <input checked="" type="checkbox"/> Colaborador Otro (indicar):		<input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores	
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)		<input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria	
4 AÑOS		<input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa	
FRECUCENCIA ANUAL		TIPO DE COLABORACIÓN O APORTE	
PARTICIPACION EN LA DIRECCION O ADMINISTRACION		Partido político	
<input type="checkbox"/> 3 ocasiones <input type="checkbox"/> 4 a 7 ocasiones <input type="checkbox"/> 8 a 11 ocasiones <input checked="" type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otra:		<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	
<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> Cuotas	
		<input type="checkbox"/> Servicios profesionales	
		<input type="checkbox"/> Otros aportes (describir):	
NOMBRE DE LA ENTIDAD RECEPTORA		TIPO DE PERSONA JURÍDICA	
RUT DE LA ENTIDAD RECEPTORA		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Público	
NATURALEZA DEL VINCULO		<input type="checkbox"/> Corporación de Derecho Privado	
<input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> Otro (indicar):		<input type="checkbox"/> Fundación	
ANTIGÜEDAD DEL VINCULO (años)		<input type="checkbox"/> Asociación Gremial	
		<input type="checkbox"/> Sindicato o Federación de organizaciones de trabajadores	
		<input type="checkbox"/> Junta de Vecinos u otra organización comunitaria	
		<input type="checkbox"/> Iglesia o entidad religiosa	
		<input type="checkbox"/> Partido político	
		<input type="checkbox"/> Otra (especificar):	

#### IV. ACTIVIDADES ECONOMICAS

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

NOMBRE DE LA SOCIEDAD	TIPO DE SOCIEDAD
SERV. PROF. ALTAMISA LTDA.	<input type="checkbox"/> Anónima Abierta <input type="checkbox"/> Anónima Cerrada <input checked="" type="checkbox"/> Responsabilidad limitada <input type="checkbox"/> En comandita simple <input type="checkbox"/> En comandita por acciones <input type="checkbox"/> Colectiva Civil <input type="checkbox"/> Colectiva Comercial <input type="checkbox"/> De Hecho <input type="checkbox"/> Asociación o Cuentas en participación <input type="checkbox"/> Otra (especificar):
RUT DE LA SOCIEDAD	
76.262.835-K	
FECHA DE LA CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD (escritura)	
03.12.2012	
FECHA Y NUMERO DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE COMERCIO	
03-01-2013 / 338	
FECHA DE PUBLICACION (si corresponde)	ANTIGÜEDAD DE LA PARTICIPACIÓN (años)
04-01-2013	1 AÑO
TIPO DE PARTICIPACION	PARTICIPACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN
<input type="checkbox"/> Capital: <input checked="" type="checkbox"/> Porcentaje de participación en el capital: 50% <input type="checkbox"/> Trabajo:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI, ANTES DE LA DECLARACIÓN
NOMBRE DE LA SOCIEDAD	TIPO DE SOCIEDAD
	<input type="checkbox"/> Anónima Abierta <input type="checkbox"/> Anónima Cerrada <input type="checkbox"/> Responsabilidad limitada <input type="checkbox"/> En comandita simple <input type="checkbox"/> En comandita por acciones <input type="checkbox"/> Colectiva Civil <input type="checkbox"/> Colectiva Comercial <input type="checkbox"/> De Hecho <input type="checkbox"/> Asociación o Cuentas en participación <input type="checkbox"/> Otra (especificar):
RUT DE LA SOCIEDAD	
FECHA DE LA CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD (escritura)	
FECHA Y NUMERO DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE COMERCIO	
FECHA DE PUBLICACION (si corresponde)	ANTIGÜEDAD DE LA PARTICIPACIÓN (años)
TIPO DE PARTICIPACION	PARTICIPACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN
<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 DECLARACIÓN
NOMBRE DE LA SOCIEDAD	TIPO DE SOCIEDAD
	<input type="checkbox"/> Anónima Abierta <input type="checkbox"/> Anónima Cerrada <input type="checkbox"/> Responsabilidad limitada <input type="checkbox"/> En comandita simple <input type="checkbox"/> En comandita por acciones <input type="checkbox"/> Colectiva Civil <input type="checkbox"/> Colectiva Comercial <input type="checkbox"/> De Hecho <input type="checkbox"/> Asociación o Cuentas en participación <input type="checkbox"/> Otra (especificar):
RUT DE LA SOCIEDAD	
FECHA DE LA CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD (escritura)	
FECHA Y NUMERO DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE COMERCIO	

FECHA DE PUBLICACION (si corresponde)	ANTIGÜEDAD DE LA PARTICIPACIÓN (años)
TIPO DE PARTICIPACION	PARTICIPACIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN
<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 DECLARACIÓN

**2. ACTIVIDADES INDIVIDUALES**

INDUSTRIA O COMERCIO DESARROLLADOS EN FORMA INDEPENDIENTE	CAPITAL APROXIMADO
---	--------------------

**V. DECLARACIÓN**

**1. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES EXPRESION FIEL DE LA VERDAD.**

**2. 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**

DRA. HELIA MOLINA MILMAN		
NOMBRE COMPLETO DEL MINISTRO DE FE		RUT DEL MINISTRO DE FE
MINISTRA DE SALUD	B	MINISTERIO DE SALUD
CARGO QUE OCUPA	GRADO	ENTIDAD U ORGANISMO

FIRMA DEL DECLARANTE



FIRMA Y TIMBRE DEL MINISTRO DE FE