

**FORMULARIO DE DECLARACION DE INTERESES E INHABILIDADES,
COMISIÓN NACIONAL DE ACREDITACIÓN**

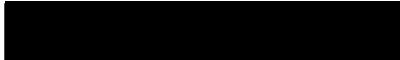
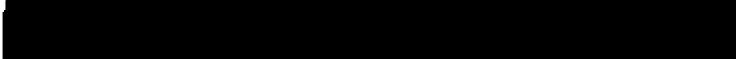
De acuerdo a la Ley 20.129, de 23 de octubre de 2006, los miembros de la Comisión Nacional de Acreditación deberán hacer anualmente una declaración de intereses.

En sesión de fecha 9 de abril de 2007, los miembros de la Comisión acordaron solicitar a la secretaria el diseño de un formato de declaración simple que incluya la totalidad de las causales de conflictos de intereses e inhabilidades consideradas en la Ley. En términos generales, se consideran como causas de inhabilidad de los miembros de la CNA para participar en las discusiones y decisiones relativas a instituciones de Educación superior, cualquier vínculo en su propiedad, intereses patrimoniales o relaciones laborales remuneradas.

I. Datos de la Declaración

Fecha de la declaración : 19 ABRIL 2011
Lugar : SANTIAGO
Tipo de Declaración : Primera Declaración
 Actualización Periódica
 Actualización por hecho relevante

II. Individualización del Declarante

Nombre : EUGENIO
Apellidos : LAZ ORJALÁN
RUT : 
Domicilio : 
Profesión : ABOGADO

III. Actividades profesionales y económicas con instituciones de Educación superior.

Nombre de las personas naturales, jurídicas o entidades relacionadas con instituciones de Educación superior con las que usted mantiene vínculos profesionales y/o económicos.

Reproduzca esta pagina cuantas veces sea necesario.

1. Nombre (persona natural o jurídica) : NINGUNA

Cargo : _____

Tipo de contratación o naturaleza del vínculo
(socio/capital, colaborador/trabajo, otro) : _____

Antigüedad del vínculo (años) : _____

2. Nombre (persona natural o jurídica) : _____

Cargo : _____

Tipo de contratación o naturaleza del vínculo
(socio/capital, colaborador/trabajo, otro) : _____

Antigüedad del vínculo (años) : _____

3. Nombre (persona natural o jurídica) : _____

Cargo : _____

Tipo de contratación o naturaleza del vínculo
(socio/capital, colaborador/trabajo, otro) : _____

Antigüedad del vínculo (años) : _____

4. Nombre (persona natural o jurídica) : _____

Cargo : _____

Tipo de contratación o naturaleza del vínculo
(socio/capital, colaborador/trabajo, otro) : _____

Antigüedad del vínculo (años) : _____

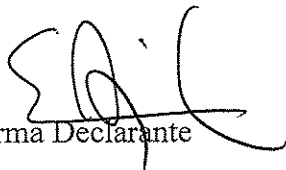
IV. Observaciones adicionales.

Informe de otras posibles inhabilidades que, a su juicio, lo comprometen con instituciones de educación superior. Incluya, entre otros, vínculos directos con instituciones de educación superior en el pasado inmediato, así como vínculos de familiares directos con instituciones, cuando corresponda.

V. Declaro que:

1. La información contenida en este documento es expresión fiel de la verdad.
2. Estoy en conocimiento de la obligación de actualizar esta declaración anualmente, o cada vez que ocurra algún hecho relevante que modifique su contenido, informando inmediatamente al secretario de la Comisión.
3. Estoy en conocimiento de la incompatibilidad del cargo de miembro de la Comisión con la participación en una agencia acreditadora, ya sea en cuanto a su propiedad, intereses patrimoniales, o en el desarrollo de labores remuneradas en ella.
4. Estoy en conocimiento de que son incompatibles aquellas actividades de los miembros de la Comisión que impliquen una relación laboral o la participación en juntas directivas o consultivas, cualquiera sea su denominación, de las instituciones de Educación superior sujetas a los procesos de acreditación regulados por la Ley 20129, incompatibilidad que subsistirá hasta seis meses después de haber cesado en sus funciones en la Comisión.

Firma Declarante



Firma Ministro



COMISIÓN NACIONAL
SECRETARIO EJECUTIVO
CHILE
DE ACREDITACIÓN