



DJP-008431



**CÁMARA DE CUENTAS  
DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**  
**DECLARACIÓN JURADA DE PATRIMONIO**  
(Ley 311-14)



Funcionario : ROSA HILARIA ARIZA VELAZQUEZ DE SANCHEZ  
Cargo : DIRECTORA  
Institución : HOSPITAL MUNICIPAL DE CABRAL  
Fecha Designación : 01-11-2016

Tipo de Declaración : PRIMERA VEZ LEY 311-14

**SECCIÓN 1. DATOS PERSONALES Y FAMILIARES****1.1. Datos personales de declarante**

|  |   |                     |                           |   |                        |
|--|---|---------------------|---------------------------|---|------------------------|
| Cédula   | : | [REDACTED]          | Pasaporte                 | : |                        |
| Primer nombre  | : | ROSA                | Segundo nombre            | : | HILARIA                |
| Primer apellido  | : | ARIZA               | Segundo apellido          | : | VELAZQUEZ DE SANCHEZ   |
| Fecha de nacimiento  | : | 10-06-1959          | Lugar de nacimiento       | : | CABRAL                 |
| Nacionalidad   | : | DOMINICANA          | Sexo                      | : | FEMENINO               |
| Estado civil   | : | CASADO/A            | Tipo comunidad Conyugal   | : | MATRIMONIO             |
| Régimen matrimonial  | : | COMUNIDAD DE BIENES |                           |   |                        |
| Profesión  | : | MEDICINA            |                           |   |                        |
| Domicilio (calle)  | : | SANCHEZ             | Número                    | : | 14                     |
| Apartamento  | : | CASA                | Sector, barrio, urb. res. | : | CENTRO                 |
| Apartado postal  | : | [REDACTED]          | Domicilio profesional     | : | CABRAL                 |
| Teléfono   | : | [REDACTED]          | Celular                   | : | [REDACTED]             |
| Fax  | : |                     | Correo electrónico        | : | rosaariza1@hotmail.com |
| Domicilio donde recibir notificaciones : CALLE SANCHEZ #14 CABRAL/BARAHONA |   |                     |                           |   |                        |

**1.2. Antecedentes laborales**

| Institución Laboral          | Fecha Entrada | Fecha Salida | Cargo               | Descripción Cargo  |
|------------------------------|---------------|--------------|---------------------|--|
| SERVICIO REGIONAL DE SALUD 4 | 06-2005       | 10-2016      | DIRECTOR(A)         | COORDINACION, SUPERVISION, MONITOREO, EJECUCION, PLANIFICACION Y ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS |
| CLINICA SANTO TOMAS          | 01-2003       | 08-2013      | GERENTE ASISTENCIAL | COORDINAR, SUPERVISAR Y PROGRAMAR SERVICIOS DE SALUD   |

Las informaciones suministradas en este formulario deben consistir en datos actualizados a la fecha de presentación y estar soportadas con los documentos correspondientes

