



**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE MEDICINA**

ESCUELA DE: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA DE CARGO**

Yo, \_\_\_\_\_, Titular de la Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, declaro bajo Fe de Juramento que no percibo remuneración alguna al margen de la recibida como Miembro del Personal Docente y de Investigación de la Facultad de **MEDICINA**, de la Universidad de Los Andes, en mi condición de Profesor(a) \_\_\_\_\_, a Dedicación Exclusiva.

En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de dos mil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma