

Declaración de modificación patrimonial

83363593-cde5-49a6-8a91-169d61b9e22a

Fecha de declaración: Mar 16 May 2023

Fecha de recepción: Mar 16 May 2023

Estaus:

Declarante: DAVILA OLIVARES HORACIO DE JESÚS

01.- DECLARACIÓN PATRIMONIAL

1. DATOS GENERALES

Nombre **HORACIO DE JESÚS**
Primer apellido **DAVILA**
Segundo apellido **OLIVARES**
CURP [REDACTED]
RFC con homoclave [REDACTED]
Correo electrónico personal [REDACTED]
Correo electrónico institucional * [REDACTED]
Teléfono particular [REDACTED]
Teléfono celular [REDACTED]
Estado civil o situación personal [REDACTED]
Régimen Matrimonial [REDACTED]
País de nacimiento [REDACTED]
Nacionalidad(es) [REDACTED]
Observaciones y comentarios

2. DOMICILIO DEL DECLARANTE

País [REDACTED]
Calle [REDACTED]
Número exterior [REDACTED]
Número interior [REDACTED]
Colonia [REDACTED]
Entidad federativa [REDACTED]
Municipio [REDACTED]
Código postal [REDACTED]

3. DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE

DATO CURRICULAR 1

Tipo operación **Sin cambio**
Nivel **LICENCIATURA**
Institución educativa **Licenciatura enfermería y obstetricia**
Carrera o área de conocimiento **ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**
Estatus **FINALIZADO**
Documento obtenido
Fecha de obtención del documento **07/01/2016**

País de la inscripción educativa **México**

Observaciones y comentarios [REDACTED]

4. DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN QUE MODIFICA

Nivel/orden de gobierno **Municipal alcaldía**
Ámbito público * **Organo autonomo**
Nombre del ente público **Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia para el Municipio de Puerto Vallarta, Jalisco.**
Área de adscripción **CAI-CAIAM**
Empleo, cargo o comisión **ENFERMERO**
Nivel del empleo cargo o comisión **1**
Contrato por honorarios **No**
Funcion principales **Otro (Especifique)**
Fecha de toma de posesión/conclusión **24/09/2011**
Teléfono laboral

Domicilio del empleo que MODIFICA

Código postal **48290**
País **México**
Entidad federativa **Jalisco**
Municipio **Puerto Vallarta**
Colonia **Coapinole**
Calle **21 de marzo**
Número exterior **Sin numero**
Número interior **Sin numero**

Observaciones y comentarios [REDACTED]

5. EXPERIENCIA LABORAL(ÚLTIMOS 5 EMPLEOS)

EXPERIENCIA LABORAL 1

Ámbito/Sector en el que laboraste

Nombre de la institución **VALLARTA MEDICAL CENTER**

RFC de la institución **XAXX010101000**

Sector/industria **Servicios de salud**

Cargo/puesto **ENFERMERO**

Fecha de ingreso **20/06/2019**

Fecha de salida **15/05/2023**

Funciones principales **Otro (Especifique) ENFERMERO**

País **México**

Observaciones y comentarios

6. INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE, PAREJA Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS(ENTRE EL 1 DE ENERO Y 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

I.- Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y prestaciones)(cantidades netas después de impuestos) **\$ 153,731** Moneda del ingreso por cargo público del declarante **Peso mexicano**

II.- Otros ingresos del declarante (suma del II.1 al II.4) **\$ 156,317** Moneda de otros ingresos **Peso mexicano**

II.1.- Remuneración anual por actividad industrial, comercial y/o empresarial (después de impuestos)

II.2.- Remuneración anual por actividad financiera (rendimientos o ganancias) (después de impuestos)

II.3.- Remuneración anual por servicios profesionales, consejos, consultorías y/o asesorías (después de impuestos)

Monto: **\$ 156,317**

Moneda: **Peso mexicano**

Tipo de servicio: **None**

II.4.- Otros ingresos no considerados a los anteriores (después de impuestos)

A.- Ingreso anual NETO del declarante (SUMA DEL NUMERAL I y II) **\$ 310,048** Moneda de ingreso NETO del declarante **Peso mexicano**

B.- Ingreso anual NETO de la pareja y/o dependientes económicos (después de impuestos) Moneda de ingreso NETO de la pareja

C.- TOTAL de ingresos anuales NETOS percibidos por el declarante, pareja y/o dependientes económicos (suma de los apartados A y B) **\$ 310,048** Moneda de ingreso NETO de la total **Peso mexicano**

Aclaraciones / observaciones