

Jose Juan Oregel  
Alvarez

Concepción de  
Buenos Aires



DECLARACION DE SITUACION PATRIMONIAL Y DE INTERESES

INICIAL

2018-2021





## DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN DE BUENOS AIRES

### INTRODUCCIÓN

1.- El artículo 32 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, señala que todos los servidores públicos estarán obligados a presentar las declaraciones de situación patrimonial y de intereses bajo protesta de decir verdad ante su respectivo Órgano de control interno.

2.- Conforme lo establecido en el artículo 33 del citado ordenamiento las declaraciones que se indican a continuación deberán presentarse de la siguiente forma:

**Declaración inicial:** dentro de los sesenta días naturales siguientes a la toma de posesión con motivo del:

- A) Ingreso al servicio público por primera vez;
- B) Reingreso al servicio público después de sesenta días naturales de la concusión de su último encargo;

**Declaración de modificación patrimonial,** durante el mes de mayo de cada año, y

**Declaración de Inicial de encargo,** dentro de los sesenta días naturales siguientes a la Inicial.

En el caso de cambio de dependencia o entidad en el mismo orden de gobierno, únicamente se dará aviso de dicha situación y no será necesario presentar la declaración de Inicial.



## INSTRUCCIONES

El formulario está diseñado para informar la situación de declaración patrimonial y de intereses de **Inicial** de los servidores públicos.

Sírvase a escribir con claridad los espacios correspondientes a cada uno de los datos que se solicitan, utilizando bolígrafo y letra de molde y considerando todos los valores de pesos actuales, sin centavos.

Deberá firmar al margen de todas las hojas del formato y sus anexos.

## SANCIONES

Si transcurridos los plazos no se hubiese presentado la declaración correspondiente, sin causa justificada se iniciará inmediatamente la investigación por presunta responsabilidad por la comisión de las faltas administrativas y se requerirá por escrito al declarante el cumplimiento de dicha obligación.

En caso de que la omisión en la declaración continúe por un periodo de treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubiere notificado el requerimiento al Declarante el Organismo Interno de Control declararán que el nombramiento o contrato ha quedado sin efectos, debiendo notificar lo anterior al titular del Municipio para separar del cargo al servidor público.

Para el caso de omisión sin causa justificada, en la presentación de la declaración patrimonial por Inicial, se inhabilitará al infractor de tres meses a un año.



## **AVISO DE PRIVACIDAD**

Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 27, 28, 29 y 34 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, relativos a la presentación de declaraciones patrimoniales, así como el artículo 92 de la Constitución Política del Estado de Jalisco, los datos de los servidores públicos obligados a presentar declaraciones de situación patrimonial serán tratados conforme a lo establecido en los artículos 6 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 21, 21-Bis, 22 y 23 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios. Y demás relativos y aplicables a la materia.

La dependencia encargada en la cual usted podrá ejercer sus derechos de la publicación, transferencia, acceso, rectificación, oposición o cancelación, será la Contraloría Municipal ubicada en la calle Constitución No 11, colonia Centro en el Municipio de Concepción de Buenos Aires, Jalisco.





Se asienta que fueron testados: 01. CURP 02. RFC 03. Correo electrónico personal 04. Estado civil 05. Lugar de nacimiento 06. Nacionalidad 07. Teléfono particular 08. Lugar de residencia 09. Domicilio particular. Lo anterior de conformidad al Numeral 19 párrafo 3 artículo 20 y 21 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios y conforme al artículo Trigesimo Octavo los lineamientos generales para la elaboración de las versiones públicas emitidos por el ITE art 109 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Así como los lineamientos generales para publicación de información contenida en la declaración de situación patrimonial señalada en la Ley de Responsabilidades de los Servidores. Por lo que se hace entrega en VERSIÓN PÚBLICA del presente documento testando el contenido de la información confidencial.

**C. MUNICIPIO DE CONCEPCION DE BUENOS AIRES**  
**BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, PRESENTO A USTED MI DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL Y DE INTERESES, CONFORME A LO DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 32 Y 33 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.**

Declaración Patrimonial  
y de Intereses

Fecha de recepción     
Día Mes Año

**DATOS GENERALES DEL DECLARANTE**

|            |                 |                  |
|------------|-----------------|------------------|
| Nombre (s) | Primer apellido | Segundo apellido |
| Jose Jan   | Ortiz           | Alvariz          |

CURP

RFC/HOMOCIAVE

|                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| Correo Electrónico Laboral | Correo Electrónico Personal |
|                            |                             |

ESTADO CIVIL

RÉGIMEN MATRIMONIAL

|                |             |                      |                     |                   |
|----------------|-------------|----------------------|---------------------|-------------------|
| Casado (a)     | Unión Libre | Sociedad Conyugal    | País donde nació    | Nacionalidad      |
|                |             |                      |                     |                   |
| Divorciado (a) | Viudo (a)   | Separación de Bienes | Entidad donde nació | Número de Celular |
|                |             |                      |                     |                   |
| Soltero (a)    |             |                      |                     |                   |

DOMICILIO

Lugar donde se ubica:

México

Extranjero

|                                                         |                    |
|---------------------------------------------------------|--------------------|
| Domicilio Particular: calle, número exterior e interior | Entidad Federativa |
|                                                         |                    |
| Localidad o Colonia                                     | Código Postal      |
|                                                         |                    |
| Municipio o Alcaldía                                    |                    |
|                                                         |                    |
| Teléfono (particular, incluir clave lada)               |                    |
|                                                         |                    |



# DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE

## ESCOLARIDAD

Grado máximo de estudios (marque con una x)

NIVEL ☐ Primaria ☒ Bachillerato

☐ Secundaria ☐ Carrera técnica o comercial

☐ Licenciatura

☐ Maestría

☐ Posgrado

☐ Diplomado

☐ Doctorado

SI ES PRIMARIA, SECUNDARIA O BACHILLERATO ESPECIFIQUE:

SI ES CARRERA TÉCNICA ESPECIFIQUE:

SI ES LICENCIATURA, MAESTRÍA O DIPLOMADO ESPECIFIQUE:

SI ES DOCTORADO O POSGRADO ESPECIFIQUE:

Institución educativa

Lugar donde se ubica la institución educativa

Lugar donde se ubica la institución educativa

Lugar donde se ubica la institución educativa

Estatus

Entidad federativa

Entidad federativa

Entidad federativa

☐ Cursando ☒ finalizado ☐ trunco

Municipio o alcaldía

Municipio o alcaldía

Municipio o alcaldía

Periodos cursados Bimestre, Cuatrimestre, mes, semestre, trimestre

Institución educativa

Institución educativa

Institución educativa

Documento obtenido

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

☐ boleta ☒ certificado ☐ constancia

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Estatus

Entidad federativa

Entidad federativa

Entidad federativa

☐ Cursando ☐ finalizado ☐ trunco

Municipio o alcaldía

Municipio o alcaldía

Municipio o alcaldía

Periodos cursados Bimestre, Cuatrimestre, mes, semestre, trimestre

Institución educativa

Institución educativa

Institución educativa

Documento obtenido

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

☐ boleta ☐ certificado ☐ constancia ☐ título ☐

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Número de cédula profesional

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

SI ESTUDIÓ MÁS DE UNA ESPECIFIQUE:

ESTATUS: Cursando ☐ Trunco ☐ Finalizando ☐

SI ES PRIMARIA, SECUNDARIA O BACHILLERATO ESPECIFIQUE:

SI ES CARRERA TÉCNICA ESPECIFIQUE:

SI ES LICENCIATURA, MAESTRÍA O DIPLOMADO ESPECIFIQUE:

SI ES DOCTORADO O POSGRADO ESPECIFIQUE:

Institución educativa

Lugar donde se ubica la institución educativa

Lugar donde se ubica la institución educativa

Lugar donde se ubica la institución educativa

Estatus

Entidad federativa

Entidad federativa

Entidad federativa

☐ Cursando ☐ finalizado ☐ trunco

Municipio o delegación

Municipio o delegación

Municipio o delegación

Periodos cursados Bimestre, Cuatrimestre, mes, semestre, trimestre

Institución educativa

Institución educativa

Institución educativa

Documento obtenido

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

☐ boleta ☐ certificado ☐ constancia

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Estatus

Entidad federativa

Entidad federativa

Entidad federativa

☐ Cursando ☐ finalizado ☐ trunco

Municipio o delegación

Municipio o delegación

Municipio o delegación

Periodos cursados Bimestre, Cuatrimestre, mes, semestre, trimestre

Institución educativa

Institución educativa

Institución educativa

Documento obtenido

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

☐ boleta ☐ certificado ☐ constancia ☐ título ☐

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Número de cédula profesional

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

Carrera o área de conocimiento

# EXPERIENCIA LABORAL

Incorporar al menos los tres últimos empleos no contando el actual

NINGUNO ☐

SECTOR: ☐ Privado ☒ Público ☐ Social

PODER: ☐ Ejecutivo ☐ Judicial ☐ Legislativo ☐ Órgano Constitucional Autónomo

AMBITO: ☐ Estatal ☐ Federal ☒ Municipal

Institución/ Empresa/Nombre, denominación o razón social: H. Ayuntamiento Concepción de Buenos Aires

Unidad administrativa/Área: Secretaría de Gobierno

Puesto o cargo desempeñado: Secretario de Gobierno

INGRESO: 01/07/2019 EGRESO: 31/10/2019

Día Mes Año

Función principal

SECTOR: ☒ Privado ☐ Público ☐ Social

PODER: ☐ Ejecutivo ☐ Judicial ☐ Legislativo ☐ Órgano Constitucional Autónomo

AMBITO: ☐ Estatal ☐ Federal ☐ Municipal

Institución/ Empresa/ Nombre, denominación o razón social: Multiservicios San Andres Estación 3808

Unidad administrativa/Área: Operativo

Puesto o cargo desempeñado: Despachador

INGRESO: 30/07/2018 EGRESO: 29/06/2019

Día Mes Año

Función principal

SECTOR: ☐ Privado ☐ Público ☐ Social

PODER: ☐ Ejecutivo ☐ Judicial ☐ Legislativo ☐ Órgano Constitucional Autónomo

AMBITO: ☐ Estatal ☐ Federal ☐ Municipal

Institución/ Empresa/ Nombre, denominación o razón social:

Unidad administrativa/Área:

Puesto o cargo desempeñado:

INGRESO:  EGRESO:

Día Mes Año

Función principal



## ¿ESTÁ DE ACUERDO EN HACER PÚBLICOS SUS DATOS PATRIMONIALES?

SI ☐

NO ☒

EN CASO DE QUE SU RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, PERO USTED DESEA QUE SEA PARCIALMENTE PÚBLICA, DEBERÁ SELECCIONAR LA INFORMACIÓN QUE SE EXCEPCIONE DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- ☐ En ingresos netos, los correspondientes a los recibidos por actividad industrial y/o comercial, financiera y otros, así como el monto total de los ingresos considerados a los antes citados.
- ☐ En bienes inmuebles, el valor de la contra prestación y moneda.
- ☐ En bienes muebles, el valor de la contra prestación y moneda.
- ☐ En vehículos, el valor de la contra prestación y moneda.
- ☐ En inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores, el saldo.
- ☐ En adeudos, el monto original, el saldo y el monto de los pagos realizados.

Concepción  
de  
Buenos Aires





☒ NINGUNO

| a) Nombre (s) primer apellido, segundo apellido | b) Parentesco | c) ¿Es ciudadano extranjero? |    | d) CURP | e) ¿Es dependiente en la Administración Pública? |    |    |    |
|-------------------------------------------------|---------------|------------------------------|----|---------|--------------------------------------------------|----|----|----|
|                                                 |               | SI                           | NO |         | SI                                               | NO | SI | NO |
| 1                                               |               |                              |    | 1       |                                                  |    |    |    |
| 2                                               |               |                              |    | 2       |                                                  |    |    |    |
| 3                                               |               |                              |    | 3       |                                                  |    |    |    |
| 4                                               |               |                              |    | 4       |                                                  |    |    |    |
| 5                                               |               |                              |    | 5       |                                                  |    |    |    |
| 6                                               |               |                              |    | 6       |                                                  |    |    |    |
| 7                                               |               |                              |    | 7       |                                                  |    |    |    |
| 8                                               |               |                              |    | 8       |                                                  |    |    |    |

[illegible]

# DATOS DEL ENCARGO QUE INICIA

Dependencia o entidad

H. Ayuntamiento de Concepción de Buenos Aires

Nombre del empleo, cargo o comisión

Director de Catastro Municipal

Está contratado(a) por honorarios

SI ☐

NO ☒

Si la respuesta es negativa, anota el

NIVEL DEL ENCARGO

FECHA DE LA TOMA DE  
POSESIÓN DEL ENCARGO

Área de adscripción

Catastro Municipal

01/11/2019  
Día Mes Año

Lugar donde se ubica:

☒ México

☐ Extranjero

Si la respuesta es Extranjero, anota el PAÍS,  
ESTADO O PROVINCIA Y CIUDAD

Constitución No. 11

Localidad o colonia

Centro

Entidad Federativa

Jalisco

Municipio o alcaldía

Concepción de Buenos Aires

Código postal

Teléfono de oficina

372-4260-141

Extensión

105

MARCA LA(S) FUNCIÓN(ES) PRINCIPAL(ES) QUE REALIZA SEGÚN EL SIGUIENTE CATÁLOGO:

☒ Administración de bienes materiales.

☒ Atención directa al público.

☒ Calificación o determinación para la expedición de licencias,  
permisos o concesiones.

☒ Funciones de Inspección.

☐ Interventoría.

☐ Labor de supervisión.

☐ Manejo de recursos financieros

☐ Áreas técnicas.

☐ Auditorías

☐ Cuerpo de seguridad

☐ Funciones de vigilancia.

☐ Investigación de delitos

☒ Licitación y adjudicación de contratos de bienes y servicios.

☐ Manejo de recursos humanos.

☐ Otro. Especifique la función:



## REMUNERACIÓN MENSUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO QUE INICIA, ASÍ COMO EL INGRESO DEL CÓNYUGE, CONCUBINA Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS.

Requiste cantidades libres de impuestos, sin centavos y sin ceros a la izquierda.

### I. REMUNERACIÓN NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO QUE CONCLUYE, EN EL AÑO EN CURSO

(Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos, aguinaldos y otras prestaciones). (Deduce impuestos)

SUBTOTAL I

\$

### II. OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE EN EL AÑO EN CURSO. (suma II.1 a II.4)

#### II. 1 Por actividad industrial y/o comercial (Deduce impuestos)

Especifica nombre o razón social y tipo de negocio

\$

#### II. 2 Por actividad financiera (Rendimientos de contratos bancarios o de valores)

(Deduce impuestos)

\$

#### II. 3 Por servicios profesionales, participación en consejos, consultorías o asesorías

Especifica el tipo de servicio (Deduce impuestos)

\$

#### II. 4 Otros (Arrendamientos, regalías, sorteos, concursos, donaciones, etc.) Especifica

(Deduce impuestos)

\$

SUBTOTAL II

\$

### A. INGRESO NETO TOTAL DEL DECLARANTE EN EL AÑO EN CURSO

SUMA DEL SUBTOTAL I Y SUBTOTAL II

\$

### B. Ingreso neto del cónyuge, concubina o concubinario y/o dependientes económicos en el año en curso (Deduce impuestos)

especifica

\$

### C. Total de ingreso neto del declarante, cónyuge, concubina o concubinario

y/o dependientes económicos en el año en curso.

SUMA DE A Y B

\$

# ¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO OBLIGADO A PRESENTAR DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? (2018)

INGRESO ANUAL NETO DEL DECLARANTE, CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES

Si ☐ No ☒ Si la respuesta es afirmativa indica el período del  Día  Mes  Año al  Día  Mes  Año y los ingresos netos del año anterior

ECONÓMICOS ENTRE EL 1° DE ENERO Y EL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR.

SUBTOTAL I \$

I. REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO EN EL AÑO ANTERIOR (DEDUCE IMPUESTOS) (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)

II. OTROS INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE EN EL AÑO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.4)

II. 1 Por actividad industrial y/o comercial (Deduce impuestos)  
Especifica nombre o razón social y tipo de negocio

\$

II. 2 Por actividad financiera (Rendimientos de contratos bancarios o de valores)  
(Deduce impuestos)

\$

II. 3 Por servicios profesionales, participación en consejos, consultorías o asesorías  
Especifica el tipo de servicio (Deduce impuestos)

\$

II. 4 Otros (Arrendamientos, regalías, sorteos, concursos, donaciones, etc.)  
(Deduce impuestos)

\$

SUBTOTAL II \$

A. INGRESO NETO TOTAL DEL DECLARANTE EN EL AÑO ANTERIOR

SUMA DEL SUBTOTAL I Y SUBTOTAL II \$

B. INGRESO ANUAL NETO DEL CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS EN EL AÑO ANTERIOR  
(DEDUCE IMPUESTOS)  
ESPECIFICA

\$

C. TOTAL DE INGRESOS ANUALES NETOS DEL DECLARANTE, CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS  
SUMA DE A Y B \$



# BIENES INMUEBLES DEL DECLARANTE, CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS (SITUACIÓN ACTUAL)

NINGUNO ☒

En las columnas anota el número que corresponda

| TIPO DE OPERACIÓN<br>1. Incorporación<br>2. Obra<br>3. Venta<br>4. Sin cambio | TIPO DE BIEN<br>1. Edificio<br>2. Palco<br>3. Casa<br>4. Departamento<br>5. Local<br>6. Terreno<br>7. Bodega<br>8. Granja<br>9. Rancho<br>10. Terreno rústico | SI ELIGIÓ OBRA<br>INDICAR SI SE TRATA DE<br>1. Ampliación<br>2. Construcción<br>3. Remodelación | SUPERFICIE<br>o INDIVISO |                  | FORMA DE ADQUISICIÓN<br>1. Cesión<br>2. Contado<br>3. Crédito<br>4. Donación<br>5. Herencia<br>6. Permuta<br>7. Rifa o sorteo<br>8. Traspaso | INDICAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CESIONARIO, DEL AUTOR DE LA DONACIÓN O DEL AUTOR DE LA HERENCIA, PERMUTA, RIFA, SORTEO O DEL VENDEDORED ENAJENANTE CON EL TITULAR y llenar los dos rubros siguientes (Para efectos de posible conflicto de interés) | TITULAR<br>1. Declarante<br>2. Cónyuge<br>3. Declarante y Cónyuge<br>4. Dependientes<br>5. Concubina o concubinario<br>6. Declarante en copropiedad<br>7. Cónyuge en copropiedad | RELACIÓN DEL CESIONARIO DEL AUTOR DE LA DONACIÓN O DEL AUTOR DE LA HERENCIA, CON EL TITULAR<br>1. Cónyuge<br>2. Concubina o concubinario<br>3. Padre<br>4. Madre<br>5. Abuelo (a)<br>6. Bisabuelo (a)<br>7. Tatarabuelo (a)<br>8. Hijo (a)<br>9. Nieto (a)<br>10. Bisnieto (a)<br>11. Tataranieto (a)<br>12. Hermano (a)<br>13. Medichermano (a)<br>14. Tío (a)<br>15. Primo (a)<br>16. Sobrino (a)<br>17. Suegro (a)<br>18. Cuñado (a)<br>19. Concuzno (a)<br>20. Adoptado (a)<br>21. Adoptante<br>22. Otro (Especifique) |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                        | Terreno m2.              | Construcción m2. | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                        |                          |                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                        |                          |                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                        |                          |                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/>                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                        |                          |                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

  

| EN CASO DE ELEGIR "OTRO" ESPECIFICAR LA RELACIÓN DEL CESIONARIO, DEL AUTOR DE LA DONACIÓN O DEL AUTOR DE LA HERENCIA, PERMUTA, RIFA, SORTEO O DEL VENDEDORED ENAJENANTE CON EL TITULAR. | VALOR DEL INMUEBLE CONFORME A ESCRITURA PÚBLICA O CONTRATO (no actualizar a valor presente) | TIPO DE MONEDA (Especifica) | FECHA DE ADQUISICIÓN dd/mm/aaaa | DATOS DEL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD: FOLIO REAL U OTRO DATO QUE PERMITA LA IDENTIFICACIÓN DEL MISMO | UBICACIÓN DEL INMUEBLE<br>Especificar lugar donde se ubica (México/Extranjero), calle, número exterior e interior, localidad o colonia, entidad federativa, municipio o alcaldía, código postal. | SI ELIGIÓ OBRA deberá especificar los datos de la operación:<br><br>-Inversión de la obra<br>-Fecha de la obra, | SI ELIGIÓ VENTA deberá especificar los datos de la operación:<br><br>-Forma de operación<br>-Valor de la operación<br>-Fecha de la operación |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                         | SIN CENTAVOS                                                                                |                             |                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                         | \$ SIN CENTAVOS                                                                             |                             |                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                         | \$                                                                                          |                             |                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                         | \$                                                                                          |                             |                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                         | \$                                                                                          |                             |                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                         | \$                                                                                          |                             |                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                         | \$                                                                                          |                             |                                 |                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                              |

\*En caso de seleccionar en Forma de Adquisición "CRÉDITO", y el mismo se encuentre vigente debe reportarse en el apartado de adeudos.

X

NINGUNO

En las columnas anote el número que corresponda

| INDICAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CESIONARIO, DEL AUTOR DE LA DONACIÓN O DEL AUTOR DE LA HERENCIA CON EL TITULAR y llenar los dos rubros siguientes<br>(Para efectos de posible conflicto de interés) |  | FORMA DE ADQUISICIÓN                                                                                                 |  | ENTIDAD FEDERATIVA (SI ES EN MÉXICO, INDIQUE EL ESTADO, SI ES EN EL EXTRANJERO INDIQUE EL PAÍS) |  | ¿DÓNDE SE ENCUENTRA REGISTRADO? |            | MARCA, TIPO, MODELO Y NÚMERO DE SERIE |  | TIPO DE OPERACIÓN<br>1. Incorporación<br>2. Siniestro<br>3. Venta<br>4. Sin cambio |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|------------|---------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                          |  | 1. Cesión<br>2. Contado<br>3. Crédito<br>4. Donación<br>5. Herencia<br>6. Permuta<br>7. Rifa o sorteo<br>8. Traspaso |  |                                                                                                 |  | MÉXICO                          | EXTRANJERO |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                      |  |                                                                                                 |  |                                 |            |                                       |  |                                                                                    |  |



# BIENES MUEBLES (SITUACIÓN ACTUAL)

OTROS BIENES MUEBLES DEL DECLARANTE, CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS

NINGUNO ☒

En las columnas anote el número que corresponda

| TIPO DE BIEN             |                                                                                                                                                                                                   | TIPO DE BIEN                                                                                                         | DESCRIPCIÓN DEL BIEN | FORMA DE ADQUISICIÓN     | INDICAR EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CESIONARIO, DEL AUTOR DE LA DONACIÓN O DEL AUTOR DE LA HERENCIA, CON EL TITULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | RELACIÓN DEL CESIONARIO, DEL AUTOR DE LA DONACIÓN O DEL AUTOR DE LA HERENCIA, CON EL TITULAR |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| TIPO DE OPERACIÓN        | 1. Joyas<br>2. Obras de arte<br>3. Menaje de casa (muebles y accesorios de casa)<br>4. Colecciones<br>5. Semovientes<br>6. Ninguno de los anteriores (especifica en observaciones y aclaraciones) | 1. Cesión<br>2. Contado<br>3. Crédito<br>4. Donación<br>5. Herencia<br>6. Permuta<br>7. Rifa o sorteo<br>8. Traspaso |                      |                          | 1. Cónyuge<br>2. Concubina o concubinario<br>3. Padre<br>4. Madre<br>5. Abuelo (a)<br>6. Bisabuelo(a)<br>7. Tatarabuelo(a)<br>8. Hijo (a)<br>9. Nieto (a)<br>10. Bisnieto (a)<br>11. Tataranieto (a)<br>12. Hermano (a)<br>13. Medio hermano(a)<br>14. Tío (a)<br>15. Primo (a)<br>16. Sobrino (a)<br>17. Suigro (a)<br>18. Cuñado (a)<br>19. Concuyo (a)<br>20. Adoptado (a)<br>21. Adoptante<br>22. Otro (Especifique) |                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                             |                      | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                     |

  

| EN CASO DE ELEGIR "OTRO" ESPECIFICAR LA RELACIÓN DEL CESIONARIO, DEL AUTOR DE LA DONACIÓN O DEL AUTOR DE LA HERENCIA. | VALOR DEL BIEN SIN CENTAVOS | TIPO DE MONEDA (Especifica) | FECHA DE ADQUISICIÓN dd/mm/aaaa | TITULAR<br>1. Declarante<br>2. Cónyuge<br>3. Declarante y Cónyuge<br>4. Dependientes<br>5. Concubina o Concubinario<br>6. Declarante en copropiedad<br>7. Cónyuge en copropiedad | Si eligió VENTA deberá especificar los datos de la operación:<br>-Forma de operación<br>-En el caso de cesión, donación o herencia proporcionar nombre o razón social del nuevo propietario<br>-Fecha de la operación<br>-Valor de operación |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                              | \$                          |                             |                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                              | \$                          |                             |                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                              | \$                          |                             |                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                              | \$                          |                             |                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                              | \$                          |                             |                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                              |

\* En caso de seleccionar en Forma de Adquisición "CRÉDITO", y el mismo se encuentre vigente debe reportarse en el apartado de adeudos.

**INVERSIONES. CUENTAS BANCARIAS Y OTRO TIPO DE VALORES (CITACIONES)**

INVESTIGACIONES, SOCIALES Y DEPENDIENTES ES

NINGUNO

En las columnas ante el número que corresponda

2016-12-16



**ADEUDOS DEL DECLARANTE, CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS  
(SITUACIÓN ACTUAL)**

NINGUNO 

NINGUNO

[illegible]

# DECLARACIÓN DE POSIBLE CONFLICTO DE INTERÉS

¿ESTAS DE ACUERDO EN HACER PÚBLICA LA INFORMACIÓN DE TU POSIBLE CONFLICTO DE INTERÉS?

SI ☐ NO ☐

NINGUNO ☒

PUESTO, CARGO, COMISIÓN, ACTIVIDADES O PODERES QUE ACTUALMENTE TENGA EL DECLARANTE, SU CÓNYUGE, CONCUBINA O CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS DESEMPEÑEN EN ASOCIACIONES, SOCIEDADES, CONSEJOS, ACTIVIDADES FILANTRÓPICAS O DE CONSULTORIA.

| TIPO DE OPERACIÓN                                          |  | NOMBRE DE LA ENTIDAD (EMPRESA, ASOCIACIÓN, SINDICATO, ETC.) |  | FRECUENCIA ANUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | TIPO DE PERSONA JURÍDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Incorporación 2. Modificación 3. Eliminar 4. Sin cambio |  |                                                             |  | 1. 3 Ocasiones<br>2. 4 a 7 Ocasiones<br>3. 8 a 11 Ocasiones<br>4. Mensualmente<br>5. Ocasionalmente<br>6. Otra (específica)                                                                                                                                                                                                               |  | 1. Instituciones de Derecho Público<br>2. Sociedades o Asociaciones de Derecho Privado<br>3. Fundación<br>4. Asociación Gremial<br>5. Sindicato o Federación de Organizaciones de Trabajadores<br>6. Junta de Vecinos u otra Organización Comunitaria<br>7. Iglesia o Entidad Religiosa<br>8. Otra (específica) |  |
| RESPONSABLE DEL POSIBLE CONFLICTO DE INTERÉS               |  | NATURALEZA DEL VÍNCULO                                      |  | PARTICIPACIÓN EN LA DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | TIPO DE COLABORACIÓN O APORTE                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 1. Cónyuge 2. Dependiente 3. Declarante                    |  | (1. Socio, 2. Colaborador, 3. Otro-Especificar)             |  | <input type="checkbox"/> Antes del Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Durante el Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Antes del Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Durante el Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Antes del Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Durante el Servicio Público |  | 1. Cuentas<br>2. Servicios Profesionales<br>3. Participación Voluntaria<br>4. Participación remunerada<br>5. Otros Aportes (específica)                                                                                                                                                                         |  |
|                                                            |  | ANTIGÜEDAD DEL VÍNCULO (Años)                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | UBICACIÓN (Ciudad o Población, Entidad Federativa y País)                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                            |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                            |  |                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

## OBSERVACIONES O ACLARACIONES



# DECLARACIÓN DE POSIBLE CONFLICTO DE INTERÉS

NINGUNO



POSIBLES CONFLICTOS DE INTERESES POR PARTICIPACIONES ECONÓMICAS O FINANCIERAS DEL DECLARANTE, CÓNYUGE, CONCUBINA, CONCUBINARIO Y/O DEPENDIENTES ECONÓMICOS.

| TIPO DE OPERACIÓN<br>1. Incorporación 2. Modificación<br>3. Eliminar 4. Sin cambio         | NOMBRE DE LA EMPRESA O<br>SOCIEDAD O PERSONA FÍSICA                   | INSCRIPCIÓN EN EL<br>REGISTRO PÚBLICO U<br>OTRO DATO QUE<br>PERMITA SU<br>IDENTIFICACIÓN<br>(EN SU CASO) | TIPO DE SOCIEDAD EN LA QUE SE PARTICIPA O<br>CON LA QUE SE CONTRATA (EN SU CASO)<br><br>1. Sociedad Anónima<br>2. Sociedad Civil<br>3. Asociación Civil<br>4. Otra (especificar) | ANTIGÜEDAD DE LA PARTICIPACIÓN O CONVENIO<br>(años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                       |                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                       |                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                       |                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| RESPONSABLE DEL POSIBLE CONFLICTO<br>DE INTERÉS<br>1. Cónyuge 2. Dependiente 3. Declarante | FECHA DE CONSTITUCIÓN DE LA<br>SOCIEDAD<br>(EN SU CASO)<br>dd/mm/aaaa | SECTOR O<br>INDUSTRIA<br>(EN SU CASO)                                                                    | TIPO DE PARTICIPACIÓN O CONTRATO<br>(Porcentaje de participación en el capital,<br>partes sociales, trabajo u otra) Especificar                                                  | INICIO DE PARTICIPACIÓN O CONTRATO<br><br><input type="checkbox"/> Antes del Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Durante el Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Antes del Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Durante el Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Antes del Servicio Público<br><input type="checkbox"/> Durante el Servicio Público |
| <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                   |                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| UBICACIÓN<br>(Ciudad o Población, Entidad Federativa<br>y País)                            |                                                                       |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## OBSERVACIONES O ACLARACIONES

**OBSERVACIONES Y ACLARACIONES**

Deberás usar este espacio para aclarar o ampliar la información sobre cualquier asunto referido a su patrimonio, así como cualquier sugerencia o comentario sobre el formato.

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, REITERO QUE LA INFORMACIÓN VERTIDA EN ESTA DECLARACIÓN ES VERAZ, DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 32 Y 33 DE LA LEY GENERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS.

PROTESTO LO NECESARIO

FECHA DE ELABORACIÓN

17 / 11 / 2019  
DÍA MES AÑO

Concepción de Buenos Aires, B.A.

LUGAR

Jose San Diego A.

FIRMA DEL DECLARANTE



# PARA SER LLENADO POR EL RECEPTOR

Concepción de  
Buenos Aires



RFC CON HOMOCLAVE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 2019

C. *José Juan Oregui*  
*Alvarez*  
Presente.

Declaración Patrimonial  
y de Intereses - Inicial

POR ACUERDO DEL CONTRALOR MUNICIPAL DEL MUNICIPIO DE CONCEPCIÓN DE BUENOS AIRES,  
ACUSAMOS RECIBO DE SU DECLARACIÓN PRESENTADA EN ESTA FECHA, PARA INCORPORARLA A SU EXPEDIENTE

Atentamente.

Este acuse de recibo será válido cuando tenga el  
sello y la firma del responsable del centro de  
recepción autorizado por esta Contraloría Municipal.



*Fabiola C.M.*

Nombre y firma del receptor