



FORMATO DE DECLARACIONES DE SITUACIÓN PATRIMONIAL (PÚBLICA)

Titular de la Contraloría Interna de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca, bajo protesta legal de decir verdad y en cumplimiento con lo establecido por los artículos 1, 3 fracciones IV, VIII, XIII, XXI, XXV, 4 fracciones I, II, 30, 31 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas; artículos 1, 3 fracciones IX, XIII, XXIII y XXVII, 4 fracciones I, II, 32, 33, 34 y 49 fracción IV de la ley de Responsabilidades Administrativas del Estado y Municipios de Oaxaca; en relación con el artículo 22 fracción XI del Reglamento Interno de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca y por lo establecido en el acuerdo de Control Interno publicado en el Extra del Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, de fecha quince de marzo del año dos mil once, por el que se instituye la obligatoriedad de rendir la declaración patrimonial de los Servidores Públicos en esta Comisión. Presento ante usted mi declaración de situación patrimonial y de intereses, en los términos siguientes:

Marque con una "X" el tipo de declaración

Inicial ANUAL Final

A. Datos Generales

NOMBRE (S): ARACELY JIMENA JACOBO PEREZ

NACIONALIDAD: MEXICANA

HOMBRE MUJER ESTADO CIVIL: SOLTERO (A) CASADO (A)

B. Datos Curriculares

ESCOLARIDAD: PRIMARIA SECUNDARIA BACHILLERATO CARRERA TÉCNICA
LICENCIATURA MAESTRÍA DOCTORADO O COMERCIAL

ESTATUS: CURSANDO PASANTE TITULADO TRUNCO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA GONALEP 039.

NOMBRE DE LA CARRERA O PROFESIÓN Alimentos y Bebidas.

NÚMERO DE CEDULA PROFESIONAL 7257674

OTROS ESTUDIOS ACADÉMICOS REALIZADOS _____

INSTITUCIÓN EDUCATIVA _____

NOMBRE DE LA CARRERA O PROFESIÓN _____

NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL _____

EXPERIENCIA LABORAL:

INCORPORAR EL ÚLTIMO EMPLEO, SIN CONSIDERAR EL ACTUAL (REQUISITAR ESTE APARTADO, SOLO EN CASO QUE LA DECLARACIÓN PATRIMONIAL CORRESPONDA A LA INICIAL)

SECTOR PÚBLICO PRIVADO SOCIAL ORGANISMO AUTÓNOMO

ÁMBITO FEDERAL ESTATAL MUNICIPAL

PODER EJECUTIVO LEGISLATIVO JUDICIAL



FORMATO DE DECLARACIONES DE SITUACIÓN PATRIMONIAL (PÚBLICA)

INSTITUCIÓN O EMPRESA COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE OAXACA

UNIDAD ADMINISTRATIVA RECEPCION

PUESTO O CARGO APOYO ADMINISTRATIVO

FECHA DE INGRESO 01 / 07 / 2014
DÍA MES AÑO

FECHA DE BAJA / /
DÍA MES AÑO

C. SANCIONES

¿HA SIDO SANCIONADO O INHABILITADO POR LA CONTRALORÍA U ÓRGANOS DE CONTROL INTERNO FEDERAL, ESTATAL, MUNICIPAL O DE ÓRGANOS INTERNOS?

SI NO ESPECIFIQUE _____

REQUISITAR EN CASO DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA:

FECHA DE SANCIÓN / / PERIODO _____
DÍA MES AÑO

D. DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN COMISION ESTATAL DE ARBIRAJE MEDICO DE OAXACA

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN RECEPCION

REMUNERACIÓN MENSUAL NETA 8 860 OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA 00 M/N
CON NÚMERO CON LETRA

FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO 01 / 07 / 2023 FECHA DE RETIRO / /
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

TELÉFONO 951 501 00 45 / 50 100 55 EXT. 221

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL CEAMO.OAXACA@ GMAIL.COM



FORMATO DE DECLARACIONES DE SITUACIÓN PATRIMONIAL (PÚBLICA)

E. INFORMACIÓN PATRIMONIAL

BIENES MUEBLES DEL DECLARANTE (ADQUISICIONES Y/O VENTA DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

EN LAS COLUMNAS ANOTE LO QUE CORRESPONDA

DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES MUEBLES	FORMAS DE OPERACIÓN	TOPOS DE OPERACIÓN	FECHA DE OPERACIÓN DD/MM/AA
1. MENAJE DE CASA 2. VEHÍCULOS 3. JOYAS 4. OBRAS DE ARTE Y COLECCIONES 5. OTROS (ESPECIFICAR)	1. CONTADO 2. CRÉDITO 3. DONACIÓN 4. HERENCIA 5. OTRA	1. ADQUISICIÓN (COMPRA) 2. ENAJENACIÓN (VENTA)	

BIENES INMUEBLES DEL DECLARANTE (ADQUISICIONES Y/O VENTA DEL 1° DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO INMEDIATO ANTERIOR)

EN LAS COLUMNAS ANOTE LO QUE CORRESPONDA

DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES INMUEBLES	SUPERFICIE		FORMAS DE OPERACIÓN	TOPOS DE OPERACIÓN	FECHA DE OPERACIÓN DD/MM/AA
	TERRENO m ²	CONSTRUCCIÓN m ²			
1. CASA 2. DEPARTAMENTO 3. LOCAL 4. TERRENO 5. OTROS (ESPECIFICAR)			1. CONTADO 2. CRÉDITO 3. DONACIÓN 4. HERENCIA 5. OTRA	1. ADQUISICIÓN (COMPRA) 2. ENAJENACIÓN (VENTA)	



FORMATO DE DECLARACIONES DE SITUACIÓN PATRIMONIAL (PÚBLICA)

INSTITUCIÓN O EMPRESA COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO DE OAXACA

UNIDAD ADMINISTRATIVA RECEPCION

PUESTO O CARGO APOYO ADMINISTRATIVO

FECHA DE INGRESO 01 / 07 / 2014
DÍA MES AÑO

FECHA DE BAJA / /
DÍA MES AÑO

C. SANCIONES

¿HA SIDO SANCIONADO O INHABILITADO POR LA CONTRALORÍA U ÓRGANOS DE CONTROL INTERNO FEDERAL, ESTATAL, MUNICIPAL O DE ÓRGANOS INTERNOS?

SI NO ESPECIFIQUE _____

REQUISITAR EN CASO DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA:

FECHA DE SANCIÓN / / PERIODO _____
DÍA MES AÑO

D. DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

EMPLEO, CARGO O COMISIÓN COMISION ESTATAL DE ARBIRAJE MEDICO DE OAXACA

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN RECEPCION

REMUNERACIÓN MENSUAL NETA 8 860 OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA 00 M/N
CON NÚMERO CON LETRA

FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO 01 / 07 / 2023 FECHA DE RETIRO / /
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

TELÉFONO 951 501 00 45 / 50 100 55 EXT. 221

CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL CEAMO.OAXACA@ GMAIL.COM



FORMATO DE DECLARACIONES DE SITUACIÓN PATRIMONIAL (PÚBLICA)

--	--

OBSERVACIONES

--

FECHA DE ELABORACIÓN

08 / 05 / 2023 /

OAXACA DE JUAREZ OAXACA

DÍA

MES

AÑO

LUGAR

PROTESTO LO NECESARIO

ARACELY JIMENA JACOBO PEREZ
NOMBRE Y FIRMA
DEL DECLARANTE

SELLO DE RECEPCIÓN

**DIRECCION DE CONTRALORIA
INTERNA**

RECIBIDO
09/05/2023