



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): Alberto Vázquez San Germán

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 Instituto Politecnico Nacional

NOMBRE DE LA CARRERA O PROFESIÓN Licenciatura Médica

NÚMERO DE CEDULA PROFESIONAL 1760887

OTROS ESTUDIOS ACADÉMICOS REALIZADOS Postgrado

INSTITUCIÓN EDUCATIVA Hospital Juarez de México/UNAM

NOMBRE DE LA CARRERA O PROFESIÓN Médico Especialista

NUMERO DE CEDULA PROFESIONAL 344301

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 Servicios de Salud de Oaxaca

UNIDAD ADMINISTRATIVA Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso

PUESTO O CARGO Médico Especialista

FECHA DE INGRESO 16 / 07 / 1996
DÍA MES AÑO

FECHA DE BAJA 01 / 10 / 2021
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 Consejero Presidente

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN Comisión Estatal de Arbitraje Médico

REMUNERACIÓN MENSUAL NETA \$64,886.40 Sesenta y cuatro mil ochocientos ochenta y seis 40/100 MN

CON NÚMERO CON LETRA
FECHA DE TOMA DE POSESIÓN DEL CARGO 01 / 10 / 2024 FECHA DE RETIRO / /
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

TELÉFONO 9515010055 EXT. 201

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)

INVERSIONES, CUENTAS BANCARIAS Y OTRO TIPO DE VALORES DEL DECLARANTE.

TIPO DE INVERSIÓN: CUENTAS BANCARIAS, INVERSIONES FINANCIERAS Y/U OTRO TIPO DE VALORES:

1. BANCARIAS (CUENTAS DE AHORRO, DE NÓMINA, DE CHEQUES, MAESTRAS, DEPÓSITOS A PLAZO FIJO Y OTROS)
2. VALORES BURSÁTILES (ACCIONES Y DERIVADOS, BONOS GUBERNAMENTALES, ACEPTACIONES BANCARIAS, PAPEL COMERCIAL Y OTROS)
3. FONDOS DE INVERSIÓN (SOCIEDAD DE INVERSIÓN, FIDEICOMISOS Y OTROS)
4. ORGANIZACIONES PRIVADAS (EMPRESAS, NEGOCIOS, ACCIONES, CAJAS DE AHORRO, OTROS)
5. POSESIÓN DE MONEDAS Y METALES (CENTENARIOS, MONEDAS, DIVISAS Y OTROS)

EN LAS COLUMNAS ANOTE LO QUE CORRESPONDA

| TIPO DE INVERSIÓN (ESPECIFIQUE) | INSTITUCIÓN O RAZÓN SOCIAL DONDE SE LOCALIZA LA INVERSIÓN |
|------------------------------------|---|
| cuenta nomina | Banamex/Banorte |
| cuenta ahorro | HSBC |
| | |
| | |
| | |

GRAVÁMENES O ADEUDOS DEL DECLARANTE

EN LAS COLUMNAS ANOTE LO QUE CORRESPONDA

| TIPO DE GRAVÁMEN O ADEUDO | INSTITUCIÓN O RAZÓN SOCIAL DONDE SE LOCALIZA LA INVERSIÓN |
|---------------------------|---|
| 1. CRÉDITOS HIPOTECARIOS | |
| 2. PRÉSTAMOS PERSONALES | |
| 3. TARJETAS DE CRÉDITO | |
| 4. COMPRAS A CRÉDITO | |
| 5. OTROS (ESPECIFIQUE) | |
| 5 | Banamex/Banorte |
| 4 | liverpool |
| | |
| | |
| | |



www.ceamooax.org.mx
Ceamo.oax@gmail.com

Crespo. 812
Col. Jiménez Figueroa, C.P. 68070
951 50 100 55/45

FORMATO DE DECLARACIONES DE SITUACIÓN PATRIMONIAL (PÚBLICA)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
|--|

FECHA DE ELABORACIÓN

19 / 05 / 2025 /
DÍA MES AÑO

Oaxaca de Juarez, Oaxaca

LUGAR

PROTESTO LO NECESARIO


Dr. Alberto Vázquez San Germán
NOMBRE Y FIRMA
DEL DECLARANTE

SELLO DE RECEPCIÓN

DIRECCIÓN DE CONTRALORIA
INTERNA
RECIBIDO
28/04/2025

Zifcalo. f de H de