



MORELOS
PODER EJECUTIVO

**DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL DE
INICIO DEL CARGO**

Cuernavaca, Mor., a _____ de _____ del 20__

C. ARTURO EDMUNDO ZUÑIGA HERNANDEZ



Presente.

Se hace constar que con esta fecha se recibió su DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL, en cumplimiento a lo previsto en los artículos 27 fracción XI, 75 y 77 fracción I y III de la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

Por acuerdo del C. Director General de Asuntos Jurídicos y Situación Patrimonial de esta Secretaría de la Contraloría, acusamos de recibido su declaración, la cual pasará a formar parte del expediente a su nombre que obra en esta Dirección General.

Se recomienda conservar copia requisitada de este formato, ya que de solicitar copias a la Dependencia será mediante escrito y previo pago.

ATENTAMENTE
SUBSECRETARIA JURIDICA Y DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS



MORELOS
PODER EJECUTIVO

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL DE INICIO DEL CARGO

C.C. SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA

Bajo protesta de decir verdad y en cumplimiento a lo previsto en los artículos 27 fracción XI, 75 y 77 fracciones I y III de la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, presento ante usted mi Declaración de situación Patrimonial.



Área exclusiva para sello.

I.- DATOS GENERALES

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre(s):

Grado máximo de estudios Especialidad No.Cédula Profesional Nacionalidad

Registro Federal de Contribuyentes Homoclave CURP Lugar de nacimiento (Delegación o Municipio)

Estado Fecha de nacimiento Edad Sexo Estado Civil

Domicilio Particular (calle y número exterior e interior) Colonia

Delegación o Municipio Entidad Federativa Lada Teléfono Particular Código Postal

Correo electrónico personal Correo electrónico personal opcional

FIRMA AUTOGRÁFA
Firma del Declarante

II.- DATOS DEL CARGO

¿ Trabajo anteriormente en Gobierno del Estado ? SI NO

COMISIONADO ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO

01/10/2012

Cargo que va a desempeñar o que concluye

Fecha de Inicio o Conclusión

COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO

Dependencia u Organismo

COMISION ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO

Area de Adscripción

HELECHOS 6

JACARANDAS

Domicilio Oficial(calle y número e interior o piso)

Colonia

CUERNAVACA

MORELOS

62420

777

3166488

Delegación ó Municipio

Entidad Federativa

Codigo Postal

Lada

Teléfono Oficial

Extensión

coesamor@yahoo.com.mx

Correo(s) electrónico(s) Oficial(es)

EJECUTIVO

Poder

III.- INGRESOS

(Anotar cantidades sin centavos)

Remuneración Mensual Neto del Servicio Público

(Anote la suma de sueldos, honorarios, compensaciones, gratificaciones, bonos y otras prestaciones que reciba de manera mensual)

\$ 33,761

Remuneración Mensual Neto del Servicio Público por otros ingresos

(Anote la suma de sueldos, honorarios, compensaciones, gratificaciones, bonos y otras prestaciones que reciba de manera mensual)

Detalle el concepto de sus otros ingresos en la sección XI de Observaciones

\$ 0

Ingreso Mensual neto del declarante

\$ 33,761

Ingreso Mensual Neto del cónyuge y dependientes

\$ IC

IV.- BIENES MUEBLES

Ninguno

NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA

FIRMA AUTOGRÁFA

Firma del Declarante

V.- VEHÍCULOS

Ninguno

NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA

VI.- BIENES INMUEBLES

Ninguno

CLAVE:

- ① Casa habitación
- ② Departamento
- ③ Terreno
- ④ Local industrial / comercial
- ⑤ Rancho
- ⑥ Granja
- ⑦ Bodega
- ⑧ Otro Especifique

TIPO DE OPERACIÓN:

- Ⓒ Compra
- ⒱ Venta
- Ⓓ Donación
- Ⓗ Herencia o Legado
- Ⓔ Otro Especifique

FORMA DE PAGO:

- Ⓘ Contado
- Ⓜ Credito
- ⓂⓂ Otro

<input type="text" value="ALTA"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="C"/>	<input type="text" value="II"/>	<input type="text" value="IR"/>
Alta ó Baja	Clave	Tipo de Operación	Forma de Pago	Datos de Inscripción ante el Registro Público de la Propiedad
<input type="text" value="29/03/2012"/>	<input type="text" value="IR"/>			
Fecha de Operación	Ubicación del inmueble (calle y número exterior e interior)			
<input type="text" value="IR"/>	<input type="text" value="IR"/>	<input type="text" value="IR"/>	<input type="text" value="IR"/>	<input type="text" value="IR"/>
Código Postal	Colonia	Delegación ó Municipio	Entidad Federativa	
<input type="text" value="IR"/>	<input type="text" value="IR"/>	Terreno: <input type="text" value="726"/>	Construcción: <input type="text" value="100"/>	<input type="text" value="DECLARANTE"/>
	Valor del inmueble	Superficie M2	Superficie M2	Titular

FIRMA AUTOGRÁFA
Firma del Declarante

VII.- INVERSIONES

Ninguno

NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA --- NO APLICA

FIRMA AUTOGRÁFA

Firma del Declarante

VIII.- OTRO TIPO DE INVERSIÓN
(negocio, empresa, bufete, etc.)

Ninguno

NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA ---- NO APLICA

IX.- GRAVÁMENES O ADEUDOS

Ninguno

CLAVE:

- ① Crédito Hipotecario ② Préstamos ③ Embargos ④ Tarjetas de Crédito ⑤ Compras a Crédito ⑥ Otro especifique

1 IR 14/12/2009 FOVISSSTE
Clave Número de contrato o tarjeta de crédito Fecha que adquiere el adeudo Institución o Acreedor

240 749,104 635,415 TITULAR: DECLARANTE
Plazo a pagar en meses Importe Total del Crédito Saldo a la fecha de la declaración

Si su adeudo o gravamen es por crédito hipotecario, embargo o compra a crédito de un inmueble, debe especificar el Registro Público de la Propiedad:

1 IR 03/09/2007 BANORTE
Clave Número de contrato o tarjeta de crédito Fecha que adquiere el adeudo Institución o Acreedor

120 130,000 77,919 TITULAR: DECLARANTE
Plazo a pagar en meses Importe Total del Crédito Saldo a la fecha de la declaración

Si su adeudo o gravamen es por crédito hipotecario, embargo o compra a crédito de un inmueble, debe especificar el Registro Público de la Propiedad:

X.- DATOS DEL CÓNYUGE

Ninguno

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Domicilio particular (calle y número exterior e interior) Colonia

Delegación o Municipio Entidad Federativa Código Postal Registro Federal de Contribuyentes Homoclave Lada

Teléfono particular

Lugar de Trabajo Lada Teléfono del lugar de trabajo Extensión

Domicilio del lugar de Trabajo Colonia Delegación o Municipio

Entidad Federativa Código Postal Cargo y/o actividad que desempeña

XI.- DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Ninguno

DATOS DE SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS		
2 DEPENDIENTES ECONÓMICOS		

FIRMA AUTOGRÁFA
Firma del Declarante

XII.- OBSERVACIONES Y/O ACLARACIONES Ninguno

--

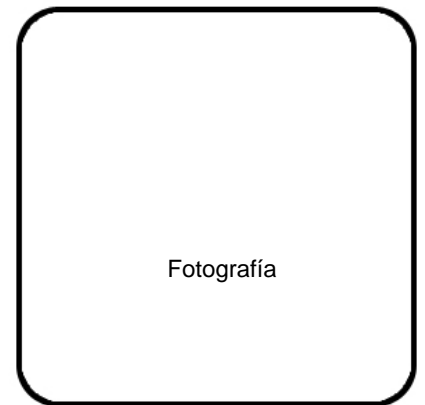
XIII.- REFERENCIAS PERSONALES DE DOS FAMILIARES

Nombre completo empezando por apellido paterno, materno y nombre(s)	Domicilio	Teléfono
ZUÑIGA HERNANDEZ LAURA VERONICA	IC	IC
ZUÑIGA VAZQUEZ RICARDO	IC	IC

C. Secretaría de la Contraloría del Estado, solicito se sirva tener por presentada esta declaración, pidiendo me sea otorgado el acuse de recibo correspondiente.

Así mismo y para efectos de lo señalado en el artículo 81 de la Ley Estatal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, manifiesto expresamente mi autorización para que se verifique y coteje, el contenido de esta Declaración, ante cualquier Institución.

Fecha de elaboración:

**FIRMA AUTOGRÁFA**

Firma del Declarante