

DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL MODIFICACIÓN VERSIÓN PÚBLICA

Formato Transparencia 2023

DATOS GENERALES

Nombre(s): ROBERTO GERZAIN Primer apellido: HERNANDEZ
Segundo apellido: PONCE

DATOS CURRICULARES DEL DECLARANTE

Nivel: DIPLOMADO Institución: UNIVERSIDAD DE COLIMA
Carrera o área de conocimiento: MEDICINA Estatus: FINALIZADO
Documento obtenido: TÍTULO Fecha obtención del documento: 1983-07-23
Lugar dónde se ubica la institución educativa: EN MÉXICO

DATOS DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN ACTUAL

Nivel/ Orden de gobierno:	<u>MUNICIPAL/ALCALDÍA</u>	Ámbito público:	<u>EJECUTIVO</u>
Nombre del ente público:	<u>H. AYUNTAMIENTO DE VILLA DE ÁLVAREZ</u>	Área de adscripción:	<u>DESPACHO DEL C. PRESIDENTE MUNICIPAL</u>
Empleo, cargo o comisión:	<u>MEDICO</u>	¿Está contratado por honorarios:	<u>NO</u>
Nivel del empleo, cargo o comisión:	<u>OPERATIVO</u>	Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión:	<u>2019-02-06</u>
Especifique función principal:	<u>ATENCION MEDICA Y GESTOR MEDICO</u>	Teléfono de oficina y extensión:	<u>312 316 27 00</u>

DOMICILIO DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN

Calle:	<u>J. MERCED CABRERA</u>	Número exterior:	<u>55</u>
Número interior:	<u>N/A</u>	Colonia/Localidad:	<u>CENTRO</u>
Municipio/Alcaldía:	<u>VILLA DE ÁLVAREZ</u>	Entidad Federativa:	<u>COLIMA</u>
Código postal:	<u>28970</u>		

EXPERIENCIA LABORAL (ÚLTIMOS CINCO EMPLEOS)

Ámbito/Sector en el que laboraste:	<u>PÚBLICO</u>	Nivel/Orden de gobierno:	<u>ESTATAL</u>
Ámbito público:	<u>EJECUTIVO</u>	Nombre del ente público:	<u>COMISION ESTATAL DE CONCILIACION Y ARBITRAJE MEDICO</u>
Área de adscripción:	<u>SUBCOMISION MEDICA</u>	Empleo, cargo o comisión:	<u>SUBCOMISIONADO MEDICO</u>
Lugar donde se ubica:	<u>EN MÉXICO</u>	Función principal:	<u>REVISION DE CASOS DE QUEJAS E INCONFORMIDADES POR CONFLICTO DERIVADOS DEL ACTO MEDICO</u>
Fecha de ingreso:	<u>2018-05-16</u>	Fecha de término:	<u>2021-10-31</u>

INGRESOS NETOS DEL DECLARANTE

Ingresos netos del declarante (Entre el 1 de enero y 31 diciembre del año inmediato anterior)

I. Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos, aguinaldos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos)	1444523
II. Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5)	0

II.1 Por actividad industrial, comercial y/o empresarial		
Nombre o razón social	Tipo de negocio	Monto
II.2 Por actividad financiera (rendimientos o ganancias) (después de impuestos)		
Tipo de instrumento que generó el rendimiento o ganancia		Monto
II.3 Por servicios profesionales, consejos, consultorías, y/o asesorías (Después de impuestos)		
Tipo de servicio prestado		Monto
II.4 Por enajenación de bienes (Después de impuestos)		
Tipo de bien enajenado		Monto
II.5 Otros ingresos no considerados anteriormente (Después de impuestos)		
Especificar tipo de ingreso (Arrendamiento, regalía, sorteos, concursos, donaciones, seguro de vida, etc.)		Monto
A.- Ingreso anual neto del declarante (Suma del numeral I y II)		1444523
C.- Total de ingresos anuales netos percibidos por el declarante		1444523