

Declaración pública **Declaración de modificación** de **DAVID PAZARAN SOTO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Policia Auxiliar de la Ciudad de México** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **David Pazaran Soto**

Correo electrónico institucional: **dvdpzrnberlin57@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Ninguno**

Institución educativa: **Escuela Primaria Leyes de Reforma**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **20 de Junio de 1972**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Electricidad**

Institución educativa: **Ignacio Manuel Altamirano**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **23 de Junio de 1975**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Ninguna**

Institución educativa: **Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Trunco**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Municipal/Alcaldía**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Policia Auxiliar de la Ciudad de México**

Área de adscripción: **Sector 74**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Policia**

Especifique función principal: **Otro - Intramuros**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **10 de Junio de 1991**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Calle: **Zaragoza**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **280**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Santa María la Ribera**

Código postal: **06400**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **56744556**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Representante Farmaceutico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Autrey Vallejo

Fecha de ingreso: **17 de Marzo de 1990**

Fecha de egreso: **13 de Octubre de 1990**

Área de adscripción / Área: **Ventas**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **127,400.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **0.00**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso anual neto del declarante (suma del numeral I y II): **127,400.00**