



Declaración pública **Declaración de conclusión** de **BERNARDO DÁVILA DÁVILA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2023**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Bernardo Dávila Dávila**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Preparatoria Varonil**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Guadalajara**

Fecha: **15 de Julio de 1989**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Escuela de Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Autonoma de Guadalajara**

Fecha: **12 de Enero de 1995**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Otorrinolaringología**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Secretaria de Salud/Instituto Nacional de Enfermed**

Fecha: **29 de Febrero de 2000**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestro en Admon. Organizaciones de Salud, Especi**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad la Salle/Facultad de Negocios**

Fecha: **31 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Doctorado**

Carrera: **Alta Direccion**

Estatus: **Trunco**

Institución educativa: **Centro de Estudios de Posgrado del Estado de Mexic**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Hosp Materno Infantil Magdalena Contreras**

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

¿Es contrato(a) por honorarios?: **si**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Medico Especialista**

Especifique función principal: **Otro - Atención Usuarios**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **31 de Diciembre de 2022**

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

Calle: **av. Luis Cabrera**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **619**

Municipio/Alcaldía: **la Magdalena Contreras**

Colonia/Localidad: **san Jerónimo Lídice**

Código postal: **10200**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5518854197 - 0000**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Dgpsmu**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable de la Dirección Médica de Hospital**

Especifique función principal: **Otro - Director Hospital**

Fecha de ingreso: **16 de Septiembre de 2019**

Fecha de egreso: **31 de Marzo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Iner**

Área de adscripción / Área: **Salud**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista**

Especifique función principal: **Otro - Asistencial**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1996**

Fecha de egreso: **29 de Abril de 2023**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante, pareja y/o dependientes económicos

I - Remuneración neta del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **517,219.00**

II - Otros ingresos del declarante (Suma del II.1 al II.5): **785,622.00**

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): **785,622.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **MEDICO ESPECIALISTA INER, PROFESOR POSGRADO UNAM**

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 del declarante del año en curso a la fecha de conclusión del empleo, cargo o comisión (suma del numeral I y II): **1,302,841.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

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): **(Ninguno)**

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

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

II.2 - Por actividad financiera (Después de impuestos): **(Ninguno)**

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

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

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

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