



Declaración pública **Declaración inicial** de **PEDRO ALBERTO GARCIA ZUÑIGA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2021

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Pedro Alberto Garcia Zuñiga**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Doctorado**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Doctorado en Alta Direccion**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Centro de Postgrados del Estado de México**

Fecha: **2 de Agosto de 2017**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestria en Ciencias de la Educación**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad del Valle de México**

Fecha: **21 de Junio de 2007**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Maestría**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Maestría en Ciencias**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **26 de Marzo de 2003**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Pediatría Médica**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **2 de Julio de 1992**

Ubicación: **México**

---

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Médico Cirujano**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autónoma de México**

Fecha: **9 de Enero de 1985**

Ubicación: **México**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Peralvillo**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **790**

Especifique función principal: **Otro - Jefe de Enseñanza e Investigación**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Agosto de 2015**

#### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional la Raza**

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

Calle: **Tolnahuac**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **14**

Municipio/Alcaldía: **Cauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Simón Tolnáhuac**

Código postal: **06920**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5555834180**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de la División de Educación en Salud**

Especifique función principal: **Otro - Planear, Organizar, Supervisar y Evaluar los Procesos Educativos en Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2005**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2015**

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:  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional la Raza**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Subjefe de Enseñanza e Investigación**

Especifique función principal: **Otro - Planear, Organizar, Supervisar y Evaluar los Procesos Educativos en Salud**

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2000**

Fecha de egreso: **31 de Julio de 2005**

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:  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Área de adscripción / Área: **Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional la Raza**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico no Familiar Adscrito al Servicio de Medicina Interna Pediátrica**

Especifique función principal: **Otro - Atención a la Salud de los Derechohabientes en Edad Pediátrica**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 1991**

Fecha de egreso: **30 de Junio de 2000**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Universidad Nacional Autónoma de México**

Área de adscripción / Área: **Facultad de Estudios Superiores de Iztacala – u. n. a. m. /Carrera de Médico Cirujano en la Sede de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura "a"**

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2000**

Fecha de egreso: **15 de Agosto de 2015**

Lugar donde se ubica: **México**

**Ingresos netos del declarante**

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **35,810.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **64,800.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

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

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **64,800.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **PENSION DE JUBILACION**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **100,610.00**

**¿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, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (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 (Rendimientos o ganancias) (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 neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**