



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE ALFREDO COLINDRES AVILES** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2021**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose Alfredo Colindres Aviles**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Tecnico y Raciologo en Imagenologia**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Centro de Estudios Tecnologicos Industrial y de Servicios n. 76**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **18 de Junio de 2010**

Ubicación: **México**

---

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Retama**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **c.s T-ii Santiago Acahualtepec**

Número exterior: **sin num**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **Santiago Acahualtepec 2a. Ampliación**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Tecnico Radiologo en Radioterapia**

Código postal: **09609**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Octubre de 2020**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6971**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Tecnico Radiologo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Inter Hosp, s.a de c.v**

Fecha de ingreso: **6 de Julio de 2014**

Fecha de egreso: **27 de Diciembre de 2021**

Área de adscripción / Área: **Clinica**

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

R.F.C. (Si es sector privado): **IHO890607N67**

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): **220,347.00**

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): **220,347.00**