



Declaración pública **Declaración inicial** de **ROBERTO CARLOS GARCIA GARCIA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Azcapotzalco** en **2021**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Roberto Carlos Garcia Garcia**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Doctorado**

Carrera: **Medico Cirujano, Administración de Instituciones de Salud**

Institución educativa: **Centro de Estudios de Postgrado del Estado de Mexico**

Estatus: **Cursando**

Ubicación: **México**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Dirección de Instituciones de Salud**

Institución educativa: **Universidad Anahuac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Diciembre de 2019**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Bienestar y Salud Corporativa**

Institución educativa: **Universidad Anahuac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Diciembre de 2019**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Universidad Anahuac**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Junio de 2012**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Azcapotzalco**

Área de adscripción: **Calidad en Salud**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Especialista Tipo b**

Especifique función principal: **Otro - Adjunto del Area de Calidad**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **15 de Marzo de 2021**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Soluglob Ikon

Área de adscripción / Área: **Salud**

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

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

Calle: **Santa Cruz**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **1**

Municipio/Alcaldía: **Tlalpan**

Colonia/Localidad: **san Miguel Topilejo**

Código postal: **14500**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5532249036**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Coordinador de Servicios Medicos**

Fecha de ingreso: **16 de Diciembre de 2019**

Fecha de egreso: **1 de Marzo de 2021**

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

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): **29,082.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **7,000.00**

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): **7,000.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **SERVICIOS PROFESIONALES**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **36,082.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? No