

Declaración pública **Declaración inicial** de **CARLOS NICANOR MILARTE** 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): **Carlos Nicanor Milarte**

Correo electrónico institucional: **nimicarl@yahoo.com.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **16 de Junio de 2017**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Médico Cirujano y Partero**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **ipn**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **13 de Noviembre de 2006**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ámbito público: **Ejecutivo**

Calle: **Rembrandt**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Centro de Salud t iiii Mixcoac**

Número exterior: **32**

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

Municipio/Alcaldía: **Benito Juárez**

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

Colonia/Localidad: **Santa María Nonoalco**

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

Código postal: **03700**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Octubre de 2011**

Teléfono de oficina y extensión: **50381700 - 6210**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Julio de 2010**

Área de adscripción / Área: **Clinica Ermita**

Fecha de egreso: **31 de Diciembre de 2010**

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): **33,006.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

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): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **33,006.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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