Declaracion pública **Declaración inicial** de **CARLOS DAVID GORDILLO PAZ** 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 David Gordillo paz**

Correo electrónico institucional: **cardagop@hotmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Acupuntura**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **14 de Noviembre de 2018**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Homeopatia**

Institución educativa: **Homeopatía de México**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **2 de Marzo de 2006**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Clínica de Especialidades iv Cemi**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2001**

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

Calle: **Franscisco Diaz Covarruvias**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **23**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **san Rafael**

Código postal: **06470**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6481**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Centro Asturiano de México**

Área de adscripción / Área: **Medicina General**

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

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

Fecha de ingreso: **5 de Enero de 1998**

Fecha de egreso: **15 de Junio de 2000**

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): **29,648.00**

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): **29,648.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

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