



Declaración pública **Declaración inicial** de **Jose de Jesús Ruiz García** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2022

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jose de Jesús Ruiz García**

Correo electrónico institucional: **x**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Ginecoobstetricia**

Documento obtenido: **Constancia**

Institución educativa: **Universidad Nacional Autonoma de Mexico**

Fecha: **28 de Febrero de 1995**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medico Cirujano y Partero**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **29 de Julio de 1992**

Ubicación: **México**

Nivel: **Bachillerato**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Tecnico Laboratorista Clinico**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Fecha: **14 de Enero de 1985**

Ubicación: **México**

Nivel: **Secundaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Secretaría de Educacion Publica**

Fecha: **30 de Junio de 1981**

Ubicación: **México**

Nivel: **Primaria**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **(NINGUNO)**

Documento obtenido: **Certificado**

Institución educativa: **Secretaría de Educacion Publica**

Fecha: **30 de Junio de 1978**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

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

Área de adscripción: **Centro de Salud Beatriz Velasco de Aleman**
Jurisdicción Sanitaria V.Carranza

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Enero de 2022**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Clinica Medica Santa fe

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Calle: **av. Eduardo Molina e. Peluqueros**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Venustiano Carranza**

Colonia/Localidad: **20 de Noviembre**

Código postal: **15300**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 7725**

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

Fecha de ingreso: **10 de Marzo de 1995**

Fecha de egreso: **10 de Septiembre de 1995**

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

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Febrero de 1996**

Fecha de egreso: **25 de Febrero de 2020**

Sector al que pertenece: **Servicios Profesionales**

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): **48,702.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **13,666.00**

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): **1,666.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **ATENCION MEDICA**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **12,000.00**

ESPECIFICAR TIPO DE INGRESO **ARRENDAMIENTO**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **62,368.00**

¿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)**