



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JUSTO GONZALO MILAN REVOLLO** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Justo Gonzalo Milan Revollo**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Doctorado**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Doctorado en Alta Dirección**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Centro de Post Grados del Estado de México**

Fecha: **29 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Cirugia Oncologica**

Documento obtenido: **(NINGUNO)**

Institución educativa: **Instituto Nacional de Cancerología**

Fecha: **29 de Mayo de 2019**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **av. Tlahuac Esq. Zacatlan**

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

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital de Especialidades de la Ciudad de Mexico dr. Belisario Dominguez**

Número exterior: **4866**

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

Municipio/Alcaldía: **Iztapalapa**

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

Colonia/Localidad: **san Lorenzo Tezonco**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Servicios**

Código postal: **09790**

Especifique función principal: **Otro - Programación de Cirugías**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Septiembre de 2013** Teléfono de oficina y extensión: **5558500000 - 1073**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Cirujano Oncologo**

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Especifique función principal: **Otro - Cirujano Oncologo**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios**

Fecha de ingreso: **3 de Junio de 2008**

Área de adscripción / Área: **Centro Oncologico Estatal**

Fecha de egreso: **30 de Septiembre de 2008**

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): **1,044,400.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **53,500.00**

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): **53,500.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **AYUDANTE DE CIRUGÍA**

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): **1,097,900.00**