Declaracion pública **Declaración de modificación** de **LUIS GERARDO GARCIA DEMUNER** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2022**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Luis Gerardo Garcia Demuner**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **31 de Enero de 2010**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medicina Interna**

Institución educativa: **Fundacion Clinica Medica sur**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2015**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Infectologia**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 2017**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **Infectologia**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2017**

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

Calle: **Benajmin Hill**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **24**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Hipódromo Condesa**

Código postal: **06170**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **55158311**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción / Área: **Infectologia**

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

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

Fecha de ingreso: **2 de Marzo de 2015**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2017**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Fundacion Clinica Medica sur**

Área de adscripción / Área: **Medicina Interna**

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

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

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2011**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2015**

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

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): **310,940.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **783,152.00**

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): **783,152.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **CONSULTA MEDICA, CLASES, SESIONES MEDICAS**

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): **1,094,092.00**