



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOSE NICOLAS GARCIA MARTIN DEL CAMPO** 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): **Jose Nicolas Garcia Martin del Campo**

Correo electrónico institucional: **(Ninguno)**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Licenciatura en Medicina**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **22 de Junio de 2006**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Cirugia General**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **27 de Febrero de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Especialidad en Coloproctologia**

Documento obtenido: **Título**

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

Fecha: **6 de Marzo de 2012**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Ambito público: **Ejecutivo**

Calle: **Plan de san Luis Casi Esquina Bandera**

Nombre del ente público: **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Hospital General de Ticoman**

Número exterior: **s/n**

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

Municipio/Alcaldía: **Gustavo a. Madero**

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

Colonia/Localidad: **la Purísima Ticomán**

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

Código postal: **07320**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista**

Entidad federativa: **None**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **22 de Abril de 2012** Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

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:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Área de adscripción / Área: **Hospital General de Zona 30**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico no Familiar**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista**

Fecha de ingreso: **1 de Mayo de 2012**

Fecha de egreso: **31 de Octubre de 2012**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Área de adscripción / Área: **Hospital General de Zona 32**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico no Familiar**

Especifique función principal: **Otro - Medico Especialista**

Fecha de ingreso: **1 de Noviembre de 2012**

Fecha de egreso: **1 de Noviembre de 2018**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto Politecnico Nacional

Área de adscripción / Área: **Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Profesor de Asignatura**

Especifique función principal: **Otro - Profesor Pregrado**

Fecha de ingreso: **15 de Agosto de 2016**

Fecha de egreso: **22 de Mayo de 2021**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

Área de adscripción / Área: **Consultorio 611**

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

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

Fecha de ingreso: **18 de Octubre de 2016**

Fecha de egreso: **27 de Mayo de 2021**

Sector al que pertenece: **Otro - Medicina Privada**

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): **1,261,455.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **426,424.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (después de impuestos): **30,645.00**

TIPO DE INSTRUMENTO QUE GENERÓ EL RENDIMIENTO O GANANCIA **OTRO**
OTRO pagare a plazo

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **395,779.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **MEDICINA PRIVADA**

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): **1,687,879.00**