



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JOEL ARTURO DE LA FUENTE CAMARENA** en el puesto **ENLACE "A" U HOMOLOGO (A)** en **Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Joel Arturo de la Fuente Camarena**

Correo electrónico institucional: **jdela Fuente@sersalud.cdmx.gob.mx**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano Partero**

Institución educativa: **Instituto Politecnico Nacional**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **7 de Marzo de 1991**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Medico Especialista en Gineco Obstetricia**

Institución educativa: **Centro Medico la Raza Imss**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **28 de Febrero de 1994**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestria en Administracion de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Septiembre de 2006**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Especialidad en Administracion de Organizaciones de la Salud**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **22 de Febrero de 2016**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

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

Área de adscripción: **C.S. T-ii Ampliación Presidentes**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Jefe de Unidad de Atención Medica**

Especifique función principal: **Otro - Gestión y Administración de Recursos Para Centro de Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Enero de 2021**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Clinica Particular Inter-Care Polanco**

Área de adscripción / Área: **Medica**

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

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

Calle: **Jhon f. Kennedy**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sin Numero**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **2a Ampliación Presidentes**

Código postal: **01299**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6020**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista en Gineco Obstetricia**

Fecha de ingreso: **16 de Junio de 1994**

Fecha de egreso: **1 de Noviembre de 1995**

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

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: **Secretaria de la Defensa Nacional**

Área de adscripción / Área: **Campo Militar 1-d Tecamachcalco**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Jefe de Servicios Medicos**

Especifique función principal: **Otro - Gestión, Administración y Control de los Recursos Recibidos y Necesidades de la Uniad**

Fecha de ingreso: **20 de Febrero de 1996**

Fecha de egreso: **25 de Noviembre de 1998**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: **Consultorio Particular de Especialidad**

Área de adscripción / Área: **Consultorio Medico de Especialidad**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista en Gineco Obstetricia**

Fecha de ingreso: **1 de Diciembre de 1998**

Fecha de egreso: **20 de Febrero de 2000**

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

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: **Direccion General de Calidad y Educacion en Salud**

Área de adscripción / Área: **Medica**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico Especialista en Gineco Obstetricia**

Especifique función principal: **Áreas Técnicas**

Fecha de ingreso: **1 de Marzo de 2000**

Fecha de egreso: **28 de Febrero de 2007**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante, pareja y/o dependientes económicos

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): **737,598.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **0.00**

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): **0.00**

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): **737,598.00**

Bienes inmuebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Bienes muebles

Todos los datos de bienes declarados a nombre de la de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Vehículos

Todos los datos de vehículos declarados a nombre de la pareja, dependientes económicos y/o terceros o que sea en copropiedad con el declarante no serán públicos.

Tipo de vehículo: **Automóvil/ Motocicleta**

Titular del vehículo: **Declarante**

Modelo: **3 5p**

Porcentaje: **100**

Año: **2016**

Transmisor (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Valor de adquisición: **160,000.00**

Razón social (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Forma de adquisición: **Compra Venta**

R.F.C. (solamente si es persona moral): **(Ninguno)**

Forma de pago: **Contado**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición del vehículo: **18 de Marzo de 2022**

Marca: **MAZDA**

Inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos

Todos los datos de las inversiones, cuentas bancarias y otro tipo de valores / activos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos.

No aplica

Adeudos / Pasivos

Todos los datos de los adeudos / pasivos a nombre de la pareja, dependientes económicos y o terceros o que sean en copropiedad con el declarante no serán públicos

No aplica

Préstamo o comodato por terceros

No aplica

II. DECLARACIÓN DE INTERESES

Participación en empresas, sociedades o asociaciones (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en empresas, sociedades o asociaciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

¿Participa en la toma de decisiones de alguna de estas instituciones? (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de la participación en alguna de estas instituciones de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Apoyos o beneficios públicos (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Representación (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de representación de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Clientes principales (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de clientes principales de la pareja o dependientes económicos no serán públicos.

No aplica

Beneficios privados (hasta los 2 últimos años)

No aplica

Participación en Fideicomisos (hasta los 2 últimos años)

Todos los datos de participación en fideicomisos de pareja o dependiente economico no serán públicos.

No aplica