



Declaración pública **Declaración de modificación** de **JORGE ADOLFO GARCIA ARRIAGA** en el puesto **DIRECTOR "B" U HOMOLOGO(A)** en **Secretaría de Seguridad Ciudadana** en **2024**

---

## I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

### Datos generales del declarante

Nombre(s): **Jorge Adolfo Garcia Arriaga**

Correo electrónico institucional: **drgarcia.arriaga@gmail.com**

### Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medicina**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **15 de Junio de 2006**

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Administración de Servicios de Salud**

Institución educativa: **Universidad de las Américas Puebla**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Constancia**

Fecha: **8 de Abril de 2017**

Nivel: **Especialidad**

Carrera: **Gestión Hospitalaria**

Institución educativa: **Universidad de las Américas Puebla**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Boleta**

Fecha: **8 de Abril de 2017**

### Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Seguridad Ciudadana**

Área de adscripción: **Dirección de Servicios Médicos**

Empleo, cargo o comisión: **Director "b" u Homologo(A)**

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Director b**

Especifique función principal: **Otro - Salud de Primer Nivel Para Personal de la Secretaría**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **16 de Abril de 2019**

### Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Calle: **Arcos de Belen**

Número interior: **Piso 8**

Número exterior: **79**

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

Colonia/Localidad: **Centro (Área 1)**

Código postal: **06000**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5552425100 - 7745**

<p>Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b></p> <p>Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatad</b></p> <p>Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Servicios de Salud del Estado de Puebla</b></p> <p>Área de adscripción / Área: <b>Director de Atención a la Salud</b></p>	<p>Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Director</b></p> <p>Especifique función principal: <b>Auditoria, Control Interno, Fiscalización, Vigilancia, Interventorias, Inspección</b></p> <p>Fecha de ingreso: <b>16 de Marzo de 2016</b></p> <p>Fecha de egreso: <b>16 de Febrero de 2017</b></p> <p>Lugar donde se ubica: <b>México</b></p>
<p>Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b></p> <p>Nivel / Orden de gobierno: <b>Estatad</b></p> <p>Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Secretaría de Salud de la Ciudad de México</b></p> <p>Área de adscripción / Área: <b>Jurisdicción Sanitaria Magdalena Contreras</b></p>	<p>Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Director de Centro de Salud</b></p> <p>Especifique función principal: <b>Otro - Atención Médica de Primer Nivel Para Población de la Cdmx</b></p> <p>Fecha de ingreso: <b>1 de Agosto de 2018</b></p> <p>Fecha de egreso: <b>15 de Abril de 2019</b></p> <p>Lugar donde se ubica: <b>México</b></p>
<p>Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Privado</b></p> <p>Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Farmacias del Ahorro</b></p> <p>Área de adscripción / Área: <b>Consultorio Adjunto a Farmacia División del Norte</b></p> <p>R.F.C. (Si es sector privado): <b>(Ninguno)</b></p>	<p>Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Médico</b></p> <p>Fecha de ingreso: <b>1 de Mayo de 2018</b></p> <p>Fecha de egreso: <b>14 de Agosto de 2018</b></p> <p>Sector al que pertenece: <b>Servicios de Salud</b></p> <p>Lugar donde se ubica: <b>México</b></p>
<p>Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Privado</b></p> <p>Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Sincronía Médica Aplicada de cv</b></p> <p>Área de adscripción / Área: <b>Matriz</b></p> <p>R.F.C. (Si es sector privado): <b>(Ninguno)</b></p>	<p>Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Director de Operaciones</b></p> <p>Fecha de ingreso: <b>1 de Abril de 2017</b></p> <p>Fecha de egreso: <b>8 de Diciembre de 2017</b></p> <p>Sector al que pertenece: <b>Servicios de Salud</b></p> <p>Lugar donde se ubica: <b>México</b></p>
<p>Ámbito / Sector en el que laboraste: <b>Público</b></p> <p>Nivel / Orden de gobierno: <b>Federal</b></p> <p>Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación: <b>Policía Federal</b></p> <p>Área de adscripción / Área: <b>División de Fuerzas Federales</b></p>	<p>Empleo cargo o comisión / Puesto: <b>Director del 5to Agrupamiento de Rescate</b></p> <p>Especifique función principal: <b>Fuerza de Seguridad e Inteligencia</b></p> <p>Fecha de ingreso: <b>16 de Abril de 2008</b></p> <p>Fecha de egreso: <b>15 de Agosto de 2015</b></p> <p>Lugar donde se ubica: <b>México</b></p>

#### 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): **840,033.00**

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): **840,033.00**

### 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.

No aplica

### 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.

Institución o razón social: **Citibanamex**

R.F.C. De la institución: **AVB7609098R9**

Porcentaje: **100**

Tipo de inversión/activo: **Afores y Otros**

Subtipo de inversión: **Afores**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Titular de la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores: **Declarante**

¿Dónde se localiza la inversión, cuenta bancaria y otro tipo de valores/activos?:  
**México, Ciudad de México**

---

### 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

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Préstamo Personal**

Monto original del adeudo / pasivo: **23,171.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **18 de Diciembre de 2019**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **FIM0805061MA**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Fimubac, S.A. de C.V. Sofom E.N.R.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Baja California**

---

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Préstamo Personal**

Monto original del adeudo / pasivo: **39,665.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **27 de Septiembre de 2021**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **FIM0805061MA**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Fimubac, S.A. de C.V. Sofom E.N.R.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Baja California**

---

Titular del adeudo / pasivo: **Declarante**

Porcentaje: **100**

Tipo de adeudo: **Préstamo Personal**

Monto original del adeudo / pasivo: **55,827.00**

Tipo de moneda: **Peso Mexicano**

Fecha de adquisición: **29 de Noviembre de 2021**

R.F.C. Del otorgante (solamente si es persona moral): **FIM0805061MA**

Nombre, denominación o razón social del otorgante: **Fimubac, S.A. de C.V. Sofom E.N.R.**

¿Dónde se localiza el adeudo?: **México, Baja California**

---

**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