



Declaración 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 **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

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

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Universidad la Salle**

Fecha: **31 de Enero de 2010**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Medicina Interna**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Fundacion Clinica Medica sur**

Fecha: **28 de Febrero de 2015**

Ubicación: **México**

Nivel: **Especialidad**

Estatus: **Finalizado**

Carrera: **Infectologia**

Documento obtenido: **Título**

Institución educativa: **Unam**

Fecha: **28 de Febrero de 2017**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatat**

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

Ámbito público: **Órgano Autónomo**

Calle: **Benajmin Hill**

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

Área de adscripción: **Infectologia**

Número exterior: **24**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Hipódromo Condesa**

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

Código postal: **06170**

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

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Abril de 2017** Teléfono de oficina y extensión: **55158311**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

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

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

Área de adscripción / Área: **Infectologia**

Lugar donde se ubica: **México**

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

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

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

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

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

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

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

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

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): **526,759.00**

II - Otros ingresos anuales del declarante (Suma del II.1 al II.5): **934,260.00**

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): **934,260.00**

TIPO DE SERVICIO PRESTADO **Consulta sesiones, ISSSTE**

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): **1,461,019.00**