



Declaración pública **Declaración de modificación** de **GERMAN HERNANDEZ VERGARA** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **German Hernandez Vergara**

Correo electrónico institucional: **german860113@gmail.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Maestría**

Carrera: **Maestría en Administración de Hospitales y Salud Pública**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **21 de Julio de 2017**

Ubicación: **México**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Estatus: **Finalizado**

Institución educativa: **Universidad Autónoma Metropolitana**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **10 de Febrero de 2010**

Ubicación: **México**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ambito público: **Judicial**

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

Nombre del ente público: **Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México**

Calle: **Gabriel Hernandez**

Número interior: **(Ninguno)**

Área de adscripción: **Recursos Humanos**

Número exterior: **56**

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

Municipio/Alcaldía: **Cuauhtémoc**

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

Colonia/Localidad: **Doctores**

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

Código postal: **06720**

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

Entidad federativa: **None**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **2 de Septiembre de 2013** Teléfono de oficina y extensión: **53455004 - 5003**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Medico de Traslados**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Especifique función principal: **Otro - Traslado de Pacientes a Hospitales**

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

Fecha de ingreso: **1 de Agosto de 2019**

Fecha de egreso: **30 de Octubre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Hospital dr Fernando Quiroz**

Lugar donde se ubica: **México**

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

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Médico General**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

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

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

Fecha de ingreso: **7 de Enero de 2021**

Fecha de egreso: **30 de Marzo de 2022**

Área de adscripción / Área: **Unidad de Medicina Familiar 31**

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): **957,971.00**

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): **957,971.00**