



Declaración pública **Declaración inicial** de **FERNANDO GALICIA GUTIERREZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Miguel Hidalgo** en **2024**

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **Fernando Galicia Gutierrez**

Correo electrónico institucional: **gtz.fernando@outlook.com**

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Carrera Técnica o Comercial**

Carrera: **Bachillerato en Enfermería**

Institución educativa: **Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **9 de Septiembre de 2011**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Licenciatura en Enfermería**

Institución educativa: **Universidad Insurgentes Plantel Villa de Cortes**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **15 de Julio de 2021**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Miguel Hidalgo**

Área de adscripción: **Hospital General dr. Rubén Leñero**

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

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

Nivel del empleo, cargo o comisión: **Enfermería**

Especifique función principal: **Atención Directa al Público**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **1 de Diciembre de 2020**

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

Calle: **Calle Salvador Díaz Miron**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **sn**

Municipio/Alcaldía: **Miguel Hidalgo**

Colonia/Localidad: **Santo Tomas**

Código postal: **11340**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **- 1010**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatad**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Hospital General dr Rubén Leñero

Área de adscripción / Área: **Enfermería**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Auxiliar de Enfermería**

Especifique función principal: **Otro - Atención Médica**

Fecha de ingreso: **1 de Junio de 2023**

Fecha de egreso: **30 de Abril de 2024**

Lugar donde se ubica: **México**

Ingresos netos del declarante

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones)
(Cantidades netas después de impuestos): **2,000.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

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

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **2,000.00**

¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **No**