



Declaración pública **Declaración de modificación** de **José Arturo OAXACA LOPEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Secretaría de Salud** en 2024

I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL

Datos generales del declarante

Nombre(s): **José Arturo Oaxaca Lopez**

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

Datos curriculares del declarante

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Medico Cirujano**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Enero de 2008**

Nivel: **Bachillerato**

Carrera: **Medio Superiro**

Institución educativa: **Unam**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **1 de Agosto de 1997**

Nivel: **Secundaria**

Carrera: **Media Basica**

Institución educativa: **Secretaría de Educación Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Certificado**

Fecha: **3 de Agosto de 1992**

Nivel: **Primaria**

Carrera: **Educación Básica**

Institución educativa: **Secretaría de Educación Publica**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Boleta**

Fecha: **20 de Julio de 1989**

Datos del empleo, cargo o comisión

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

Ámbito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Secretaría de Salud**

Área de adscripción: **Centro de Salud T-iii. dr. Eduardo Jenner**

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

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

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

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

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **14 de Junio de 2010**

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

Calle: **Privada de Matamoros**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **21**

Municipio/Alcaldía: **Álvaro Obregón**

Colonia/Localidad: **Santa fe**

Código postal: **01210**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **5550381700 - 6038**

Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)

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

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

Nivel / Orden de gobierno: **Estatal**

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

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:
Instituto de Salud del Estado de México

Fecha de ingreso: **1 de Septiembre de 2013**

Área de adscripción / Área: **Médica**

Fecha de egreso: **31 de Mayo de 2021**

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): **328,994.00**

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): **328,994.00**