



# DECLARACIÓN PÚBLICA DE MODIFICACIÓN 2020



**CONTRALORÍA**  
CONTRALORÍA GENERAL DEL ESTADO

Declarante:	JOSE RAMON ARELLANO CANO	Folio:	2021062815400752
Dependencia:	INSTITUTO TEMAZCALLI PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN	Fecha de Presentación:	28/jun./2021
Cargo declarado:	Director General	Clase declaración:	Completa - A

<b>SITUACIÓN</b>	<b>Declaración de Situación Patrimonial</b>
<b>SECCIÓN</b>	<b>Datos Generales</b>

Nombre (s)	José Ramón
Primer Apellido	Arellano
Segundo Apellido	Cano
Correo electrónico institucional	direccion@temazcalli.gob.mx

<b>SECCIÓN</b>	<b>Datos curriculares del declarante</b>
----------------	--

Nivel de Escolaridad	Maestría
Institución educativa	Universidad del Valle de México
Carrera o Área de conocimiento	Administración en Salud
Estatus	Finalizado
Documento Obtenido	Título
Fecha de obtención del documento	10/01/2018
Lugar donde se ubica la institución educativa	En México

<b>SECCIÓN</b>	<b>Datos del empleo, cargo o comisión</b>
----------------	---

Nivel / Orden de Gobierno	Estatal
Ámbito Público	Ejecutivo
Nombre del ente Público	INSTITUTO TEMAZCALLI PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN
Área de Adscripción	Dirección General
Empleo, Cargo o Comisión	Director General
¿Está contratado por honorarios?	NO
Nivel del empleo o cargo o comisión	14
Fecha de la toma de posesión del cargo, empleo o comisión	01/06/2018
Especifique la función principal	Dirigir el Instituto
Teléfono de oficina y extensión	4448126196 ext 214
Domicilio del empleo, cargo o comisión en México	CALZADA FRAY DIEGO DE LA MAGDALENA, 106, INDUSTRIAL AVIACIÓN, 78140, San Luis Potosí, San Luis Potos
¿Cuenta con otro empleo, cargo o comisión en el servicio público distinto al declarado?	NO

<b>SECCIÓN</b>	<b>Experiencia Laboral (Últimos cinco empleos)</b>
----------------	--

Ámbito / Sector en el que Laboraste	Público
Nivel / Orden de Gobierno	Estatal

Ámbito Público	Ejecutivo
Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación	HOSPITAL CENTRAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO
Área de Adscripción / Área	MEDICINA INTERNA
Empleo, Cargo o Comisión / Puesto	JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
Especifique Función Principal (Límite 1,500 caracteres)	Dirigir el servicio de Psiquiatría
Fecha de ingreso	01/01/2014
Fecha de Egreso	31/05/2018
Lugar donde se Ubica	En México

SECCIÓN	Ingresos Netos del Declarante, Pareja y / o dependientes económicos (entre el 1 de enero y 31 de diciembre del año inmediato anterior)
I. Remuneración anual neta del declarante por su cargo público (por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos, aguinaldos y otras prestaciones)(cantidades netas después de impuestos) (Sin centavos.)	\$587,199.00
II. Otros ingresos del declarante (suma del II.1 al II.5) (Sin centavos.)	\$1,283,536.00
II.3 Por servicios profesionales, consejos, consultorías, y/o asesorías (después de impuestos) (Sin centavos)	\$1,283,536.00
Tipo de servicio prestado	consulta médica y asesoría
A. Ingreso Anual Neto del declarante (suma del I y II) (Sin centavos))	\$1,870,735.00
C.- Total de los ingresos anuales netos percibidos por el declarante, pareja y dependientes económicos (suma de los apartados A y B).	\$1,870,735.00

SECCIÓN	Bienes Inmuebles (entre el 1 de enero y el 31 de diembre del año inmediato anterior)
Tipo del inmueble	Local Comercial
Titular del Inmueble	Declarante
Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato	100
Superficie del terreno (m2)	52
Superficie de construcción (m2)	102
Forma de Adquisición	Donación
Forma de Pago	No aplica
Tipo de Moneda	Peso
Fecha de Adquisición del inmueble	02/07/2020
¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?	Escritura Pública

SECCIÓN	Bienes Inmuebles (entre el 1 de enero y el 31 de diembre del año inmediato anterior) - 3
Tipo del inmueble	Local Comercial
Titular del Inmueble	Declarante
Porcentaje de propiedad del declarante conforme a escrituración o contrato	100
Superficie del terreno (m2)	0
Forma de Adquisición	Donación
Forma de Pago	No aplica
Valor de la adquisición	\$544,440.00
Tipo de Moneda	Peso
Fecha de Adquisición del inmueble	09/06/2020

¿El valor de adquisición del inmueble es conforme a?

Otro - Especificar en Aclaraciones

SECCIÓN	Adeudos / Pasivos (Entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año inmediato anterior)
Titular del Adeudo	Declarante
Tipo de adeudo	Crédito Automotriz
Fecha de adquisición del adeudo / contrato	11/12/2018
Monto original del adeudo / pasivo	\$600,000.00
Tipo de Moneda	Peso
Otorgante del crédito	Persona Moral
Nombre / Institución o Razón Social	BMW FINANCIAL SERVICES
¿Dónde se localiza el adeudo?	En México

SECCIÓN	Adeudos / Pasivos (Entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año inmediato anterior) - 2
Titular del Adeudo	Declarante
Tipo de adeudo	Crédito Hipotecario
Fecha de adquisición del adeudo / contrato	07/11/2014
Monto original del adeudo / pasivo	\$800,000.00
Tipo de Moneda	Peso
Otorgante del crédito	Persona Moral
Nombre / Institución o Razón Social	SCOTIABANK
¿Dónde se localiza el adeudo?	En México

SECCIÓN	Adeudos / Pasivos (Entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del año inmediato anterior) - 3
Titular del Adeudo	Declarante
Tipo de adeudo	Crédito Hipotecario
Fecha de adquisición del adeudo / contrato	22/02/2019
Monto original del adeudo / pasivo	\$300,000.00
Tipo de Moneda	Peso
Otorgante del crédito	Persona Moral
Nombre / Institución o Razón Social	SCOTIABANK
¿Dónde se localiza el adeudo?	En México

SITUACIÓN	Declaración de intereses
-----------	--------------------------

SECCIÓN	Clientes Principales (Hasta los 2 últimos años)
¿Realiza alguna actividad lucrativa independiente al empleo, cargo o comisión?	SI
Tipo de Declarante	Declarante
Nombre de la empresa o servicio que proporciona	JOSE RAMON ARELLANO CANO
RFC	AECR810723845
Ciente Principal	Persona Moral
Señale el nombre o razón social del cliente principal	HOSPITAL CENTRAL DR IGNACIO MORONES PRIETO
RFC	HCD461117MZ6
Sector Productivo al que pertenece	Servicios Profesionales

Monto aproximado del beneficio o ganancia mensual que obtiene del cliente	\$32,500.00
Lugar donde se ubica	En México
Entidad Federativa	San Luis Potosí